

Trabalho de Conclusão de Curso

Sistema Único de Saúde:

A formação de acadêmicos de Odontologia da UFSC, na rede de saúde de Atenção Básica do município de Florianópolis.

Vanessa Salenave Becker



UFSC Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Vanessa Salenave Becker

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA
UFSC, NA REDE DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. Calvino Reibnitz Júnior

Florianópolis
2012

Vanessa Salenave Becker

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A FORMAÇÃO DE
ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UFSC, NA REDE DE
SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof., Dr. Calvino Reibnitz Júnior,
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Ana Lucia S. Ferreira de Mello
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr.^a Cintia Magali da Silva,
Cirurgiã-Dentista da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis

Dedico todos os dias de minha vida ao Deus que me criou,
Dedico todo o fôlego que há em mim somente aquele que deu o seu
único filho em meu resgate, por meio de quem tenho vida em
abundância.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, pois dele é cada dia meu nessa terra.

Ao meu amado esposo, Oséias Machado Becker, meu parceiro para tudo e em todas as horas com quem tenho partilhado cada um dos meus sonhos.

Ao meu orientador e principalmente mestre, Calvino Reibnitz Júnior, pelo apoio e inspiração. Com ele aprendi a valorizar as palavras e a amar nosso Sistema Único de Saúde.

A minha família querida, por ser uma fortaleza para mim o tempo todo.

Aos meus amigos que estiveram durante essa trajetória sempre ao meu lado.

As minhas colegas de turma (Aline Galiazzi, Aline Marodin, Elisa Remor, Franciele Perondi, Karoliny Duarte Velho, Laíse Andriani, Leila Hillesheim e Vanessa da Silveira) que se tornaram minhas grandes amigas, as quais tornaram o trajeto percorrido mais belo e cheio de ternura.

Aos alunos que participaram desta pesquisa, pela disposição de seu tempo em prol deste trabalho.

" Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos".
(Fernando Pessoa)

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas pelo Ministério da Educação em 2002, sinalizaram para os cursos da área da saúde a necessidade de reformulação em seus projetos políticos-pedagógicos. O curso de Odontologia da UFSC iniciou um novo currículo no primeiro semestre de 2007. Uma das inovações foi a formação dos acadêmicos através de estágios na rede de Atenção Básica de saúde do município de Florianópolis. Com a finalidade de se verificar qual a aderência do campo conceitual do SUS no exercício das atividades durante os estágios, realizou-se a presente pesquisa com acadêmicos da nona e décima fases que já tinham concluído seus estágios na rede de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Do material coletado nas entrevistas com os acadêmicos, foi possível a elaboração de 11 DSC, distribuídos em temas que abordaram desde os princípios doutrinários, as diretrizes organizativas, do SUS, como o trabalho do CD na Estratégia Saúde da Família. De uma forma geral os resultados evidenciam um conhecimento básico dos acadêmicos sobre o SUS, variando a sua relação com a prática dependendo do tema abordado. No entanto, sente-se a necessidade de se recomendar tanto ao serviço de saúde como às disciplinas responsáveis por estes estágios, discussões mais reflexivas acerca do campo conceitual do SUS no próprio cenário de prática, ampliando o entendimento dos acadêmicos para poderem depois de formados, atuar em equipe e com mais resolutividade na Atenção Básica em saúde.

Palavras-chave: SUS. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Formação Acadêmica.

ABSTRACT

The National Curriculum, instituted by the Ministry of Education in 2002, signaled for courses in the area of health need to recast their political and pedagogical projects. The course of Dentistry, UFSC started a new curriculum in the first half of 2007. One innovation was the formation of academic internships through the network of Primary Health in Florianopolis. In order to verify that the adherence of the conceptual field of SUS in exercise activities during the stages took place this research with academics in the ninth and tenth stages which had already completed their internships in the health network. This is a qualitative study that used the technique of the Collective Subject Discourse (CSD). The material collected during interviews with academics, it was possible the preparation of 11 CSD, distributed on themes that addressed since the doctrinal principles, organizational guidelines, SUS, as the work of the dentist in the Family Health Strategy. In general the results show a basic knowledge of academics on SUS, varying its relationship with practice depending on the theme. However, he feels the need to recommend to both the health service as to the subjects responsible for these stages, more reflective discussions about the conceptual field of SUS in the very practical scenario, increasing the understanding of scholars to be able to after graduation, act as a team and with more resoluteness in Primary health.

Keywords: SUS. Primary Care. Family Health Strategy. Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
CD - Cirurgião Dentista
CLS – Conselho Local de Saúde
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
ESF - Estratégia Saúde da Família
ECH – Expressões Chave
IC – Ideia Central
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE - Programa Saúde na Escola
SUS - Sistema Único de Saúde
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVO GERAL	24
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Fundamentando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.....	32
4.2 Participantes do estudo	33
4.3 Forma da coleta de dados	34
4.4 Tabulação e análise dos dados	34
4.5 Questões éticas de pesquisa	35
5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UFSC, NA REDE DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	37
5.1 Os princípios doutrinários do SUS	37
5.2 – As Diretrizes Organizativas do SUS	42
5.3 - O trabalho do CD na Atenção Básica do SUS	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
7 REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES.....	80
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Educação, em 29 de fevereiro de 1996, instituiu a Lei n.º 9.394 que estabelecia as Diretrizes e Bases da educação em todo o território brasileiro. Esta lei passou a ser conhecida como LDB/96. Na mesma estão contidas entre outras, a elaboração da proposta pedagógica, a obrigatoriedade dos cursos de informarem seus programas, a qualificação do corpo docente, os critérios de avaliação, a extinção do currículo mínimo e a proposta das Diretrizes Curriculares (BRASIL, 1996).

Em relação à formação em Odontologia, diversos movimentos coordenados por Instituições de ensino, por fóruns de debates como as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, assim como pelos eventos dos Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), e Congressos da Rede Unida, reivindicavam mudanças visando à formação de profissionais preparados para atuarem também no sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A própria Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 200 estabelece ao SUS a ordenação da formação dos recursos humanos na área da saúde.

No ano de 2001, o Conselho Federal de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de nível superior no território brasileiro. Em 2002, as Diretrizes foram instituídas para os Cursos de Odontologia, apresentando substanciais mudanças para o processo de formação dos novos cirurgiões dentistas (CD) (BRASIL, 2002a; CARVALHO, 2004).

Estas diretrizes definem os objetivos de um Curso de Odontologia, devendo o currículo ter uma base nacional comum, devendo ser complementado pelas Instituições de Ensino Superior, de modo a refletir a experiência de cada Instituição e levar em conta o quadro regional onde estão localizadas. A proposta é a mudança de paradigma na formação dos CD, devendo estes ser críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalharem em equipe, e considerarem em seu trabalho a realidade social (CARVALHO, 2006).

Para a formação de CD, as diretrizes estabeleceram um novo perfil para os egressos, "... um profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a

promoção da saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes” (BRASIL, 2002a).

Estas Diretrizes também expressam que o processo de formação do CD “deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Ibid., 2002a).

Convém lembrar que o sistema de saúde brasileiro contempla tanto a rede pública como a rede privada. Portanto, os profissionais devem estar capacitados para atuar nestes diferentes espaços do sistema de saúde. Em relação à rede pública, com a ampliação da cobertura dos serviços, constatou-se a necessidade da formação de profissionais mais voltados ao SUS, com capacidade de trabalho de qualidade e de maneira mais humanizada. Esta formação deve se apoiar no conhecimento da realidade local e regional, incorporando competências e habilidades necessárias ao trabalho na rede de saúde pública (MORITA, KRIGER, 2006).

De acordo com Morita e Kriger (2004), o processo de ensino aprendizagem em Odontologia pode se desenvolver com eficácia e eficiência, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na comunidade e nos domicílios. Desta forma, os acadêmicos obterão na prática um conhecimento real do modo de vida e das condições de saúde da população. Para estes autores, a diversificação dos cenários de ensino, deve agregar ao processo de formação, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários.

O perfil traçado no projeto político-pedagógico do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, de modo geral, destaca que o egresso adquira conhecimento e habilidade de um profissional generalista, com capacidade crítica e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Esta atuação deverá estar baseada no rigor técnico e científico, devendo o profissional saber compreender a realidade social, cultural e econômica da população brasileira, para contribuir na transformação da realidade buscando o benefício de toda a sociedade (UFSC, 2006).

Quanto à formação direcionada para as principais necessidades da população e do SUS, o currículo de Odontologia da UFSC, estruturou os conhecimentos e aquisição de habilidades dentro das disciplinas de Interação Comunitária (IC), que vão desde a primeira até a oitava fases. O conhecimento teórico para a compreensão do arcabouço teórico do SUS é ministrado nas disciplinas de IC I até a IC V. A experiência dos acadêmicos na prática diária do trabalho do CD na rede de saúde de Atenção Básica, se dá na forma de estágios nas IC VI, VII e VIII.

Nestes estágios os acadêmicos experenciam a cada semana, como as UBS se estruturam, planejam, executam e avaliam as ações dirigidas aos seus usuários e a comunidade em geral. Dependendo da IC onde o acadêmico se encontre, a complexidade das ações o possibilita vivenciar diretamente na prática, como a população é atendida e quais ações são dirigidas à coletividade em busca da promoção da saúde.

Para iniciar o estágio, os acadêmicos são divididos em equipes e cada uma desenvolve seu estágio em uma UBS, levando em consideração o trabalho executado pelo CD que pertence a uma equipe de saúde da família, que passa a ter a função de preceptor dos estagiários em sua formação no serviço.

Na sexta fase as atividades estão voltadas ao Programa de Saúde na Escola (PSE) e são basicamente relacionadas à saúde bucal. O planejamento destas atividades é feito conjuntamente entre os acadêmicos, o CD preceptor e o professor da disciplina de IC VI.

Na sétima fase, as atividades se relacionam ao que é realizado dentro da UBS com participação em reuniões de equipe e/ou de planejamento da UBS, participação em grupos de idosos, de gestantes, de tabagistas, HIPERDIA (grupo de hipertensos e diabéticos), de bebês, no reconhecimento da estrutura e funcionamento de todos os setores da UBS, assim como em visitas domiciliares e em reuniões de Conselhos Locais de Saúde (CLS).

Na oitava fase, as atividades têm ênfase no atendimento clínico odontológico, passando o preceptor a ser o supervisor direto e os professores em suas respectivas UBS fazendo a supervisão indireta, contatando os alunos e preceptores para o bom andamento do estágio. Convém ressaltar que nas interações VI e VII a coordenação das atividades realizadas pelos acadêmicos é do CD preceptor e a supervisão pode se dar conjuntamente pelo preceptor e professor, mas obrigatoriamente sempre pelo professor da disciplina.

Em todas estas três fases, a avaliação é de processo, uma vez que o desempenho do acadêmico leva em conta a sua entrada na UBS e o seu desenvolvimento até a conclusão da sua respectiva fase. Esta avaliação é feita pelo professor em conjunto com o preceptor. Apesar de estes estágios serem práticos, o planejamento, a execução e a avaliação das ações, não podem ser descoladas do campo conceitual do SUS, uma vez que este referencial teórico é o que deve embasar toda a atenção à saúde oferecida na rede pública de serviços de saúde.

Para que se possa atender ao estabelecido no projeto pedagógico do Curso e nas Diretrizes Curriculares Nacionais, os estagiários necessitam refletir sobre o seu fazer nas UBS. Precisam entender que a

prática deve sempre estar baseada em conhecimento científico e que a consolidação do SUS depende em muito de um trabalho profissional crítico-reflexivo, dentro de preceitos éticos, em busca da melhoria da qualidade de vida da população.

A inserção dos acadêmicos no cenário de prática das UBS possibilita a oportunidade de vivenciar a realidade do serviço no nível da Atenção Básica, fazendo com que os mesmos exercitem o potencial de conhecimentos adquiridos, e verifiquem na prática como os serviços de saúde estão organizados e preparados para proporcionar uma atenção de qualidade, capaz de resolver os problemas de saúde apresentados pela população. É a prática que pode fazê-los refletir sobre o aprendizado teórico e a sua aplicação na resolução dos problemas de saúde da população.

O SUS foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, na qual em seu Capítulo II – Da Seguridade Social, a Sessão II - Da Saúde, contempla cinco artigos (196 ao 200), que tratam das questões da saúde para a população brasileira (BRASIL, 1988).

O Artigo 196 estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O dever do Estado fica evidente no conteúdo do Artigo 198, uma vez que este institui o SUS conforme a seguinte redação: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...”. A organização do sistema se faz sob diretrizes de descentralização, do atendimento integral, e da participação da comunidade. O Artigo 200 estabelece ao SUS várias atribuições, destacando-se a ordenação da formação dos recursos humanos na área da saúde (Ibid., 1988).

O SUS passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, o Artigo 7º destaca que “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes”, já destacadas no parágrafo anterior, obedecendo aos princípios da Universalidade, Integralidade e da Igualdade (BRASIL, 1990a).

A consolidação do SUS é dependente de políticas públicas que o fortaleçam, da educação permanente de seus profissionais, do controle social e da formação de novos profissionais capacitados a desenvolverem seu trabalho dentro do arcabouço teórico que embasa este sistema.

Este arcabouço teórico faz parte do dia a dia dos serviços de saúde da Atenção Básica na qual os acadêmicos do Curso de Odontologia da UFSC realizam seus estágios. Para que estes futuros profissionais possam se construir de forma crítica e reflexiva, necessário se faz perceberem que atenção à saúde realmente deve levar em conta os princípios e diretrizes do SUS.

Diante do exposto, fica o seguinte questionamento: “a prática dos estagiários das IC VI, VII e VIII na rede de saúde de Atenção Básica do município de Florianópolis, possibilitou a aderência do campo conceitual do SUS?”. É este questionamento que levou a realização da presente pesquisa.

2 OBJETIVO GERAL

Verificar entre os acadêmicos de Odontologia da UFSC que concluíram seus estágios na rede de saúde de Atenção Básica do município de Florianópolis, se esta prática possibilitou a aderência do campo conceitual do SUS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O SUS é formado pelo conjunto tanto das ações destinadas à saúde como dos serviços que são prestados pelo poder público em seus níveis federal, estadual e municipal. A complementaridade pode ser efetuada pela iniciativa privada (BRASIL, 2000).

Para o funcionamento do SUS, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990, estabeleceu princípios doutrinários e organizativos. São os princípios que apresentam as idéias filosóficas que englobam a implementação do sistema dentro do conceito ampliado de saúde estendendo o direito à saúde para toda a população. Estes princípios orientam a lógica de funcionamento do sistema e são conhecidos como Universalidade, Integralidade e Igualdade (BRASIL, 1990a).

A Universalidade precisa ser entendida para além de o indivíduo ter acesso aos serviços de saúde e à assistência médica. Esta Universalidade trata também da formulação de políticas públicas capazes de melhorar a realidade de vida da população, uma vez que o perfil de saúde da população é dependente das condições de emprego, salário, previdência, educação, alimentação, moradia, lazer, e ambiente físico (RONCALLI, 2003).

O princípio da Integralidade está contido na Lei Orgânica da Saúde, em seu Artigo 7º, em seu item II assim redigido: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

Para Mattos (2001, p. 50) a marca maior do princípio da Integralidade é “buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta”. Para haver a Integralidade, o poder público deverá tanto atender as necessidades individuais, com a organização dos serviços de saúde e de suas práticas, que possibilitem acesso às técnicas de diagnóstico precoce e a formas de tratamento, como em nível coletivo, com a instituição de políticas públicas capazes de incorporar as ações para a prevenção e para a assistência, dirigidas a conseguir causar um impacto positivo na saúde da população.

Os serviços de saúde ao promoverem o atendimento aos usuários devem vê-los de modo integral, como seres humanos submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho, que podem levá-los a

adoecer e a morrer. As pessoas se encontram expostas a fatores ambientais, sociais, psicológicos, econômicos e biológicos, por isso o atendimento deve ser feito visando a sua saúde e não tão somente para os problemas que apresenta de doenças, e/ou agravos. Para se conseguir este patamar, há necessidade da instituição de políticas públicas articuladas de forma intersetorial.

De acordo com Kell (2004), o entendimento da Integralidade deve ser no sentido de uma imagem objetivo, em seus vários sentidos: uma crítica à forma fragmentária presente nos atendimentos que apenas privilegiam a especialização e aos profissionais que em sua prática não agem de maneira a oferecer à população, ações e serviços de saúde que esta necessita; como crítica a organização dos serviços de saúde com a separação entre práticas preventivas coletivas e práticas assistenciais individuais; como crítica a organização do processo de trabalho em saúde, na qual as ações não conseguem produzir algum impacto positivo; como uma crítica ao acesso das pessoas a todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária); e finalmente como ampliação das possibilidades de intervenção sobre os reais problemas da sociedade, com o oferecimento de políticas sociais que possibilitem a melhoria na qualidade de vida.

Narvai (1993) corrobora deste entendimento, pois a Integralidade vai além da indispensável assistência aos doentes, com o desenvolvimento de ações coletivas destinadas a impedir o aparecimento das doenças e proporcionar melhor qualidade de vida à população. Para a realização das ações, é necessário um bom planejamento e organização, com a utilização tanto de materiais adequados como de profissionais devidamente preparados para o desenvolvimento do trabalho nos espaços sociais.

Na análise de Narvai (2005), o conteúdo do Artigo 196 que aborda que a redução do risco de doença e de outros agravos, deve se dar pela instituição de políticas sociais e econômicas e a afirmação da garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, deve ser entendido de forma inequívoca, para a perspectiva do conceito de atenção, como o “conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença”. Este reconhecimento de que a saúde e a doença são, em larga medida, produzidas socialmente, evidencia que a Integralidade transcende os

serviços de saúde, havendo a necessidade de ações em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política.

Roncalli (2003) sintetiza o princípio da Integralidade dentro da seguinte assertiva: “O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”.

O terceiro princípio é o da Equidade. Embora a maioria dos documentos oficiais do SUS não usem esta palavra e sim a de Igualdade, vários autores e publicações que não são do Ministério da Saúde, acabaram por sacramentar o termo Equidade.

Nos documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, a “Equidade” significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e barreiras” (BRASIL, 1990c).

A Equidade na visão de Roncalli (2003) é praticamente um desdobramento da ideia de Universalidade. A Equidade assegura que os serviços de saúde disponíveis devem considerar as diferenças existentes entre os indivíduos e grupos populacionais.

Em relação às diretrizes organizativas do SUS, estas se encontram discriminadas no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, e na Lei Orgânica da Saúde. Ambas, enfatizam que as diretrizes do SUS são a descentralização com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade, dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

A descentralização adotada pelo SUS define como gestores e corresponsáveis os três níveis de governo. A organização desta descentralização prevê mecanismos para negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde. Portanto, a responsabilidade para com a gestão do sistema é tanto dos governos municipais e estaduais, como da União, por meio de seus órgãos, as Secretarias de Saúde municipais e estaduais, assim como do Ministério da Saúde respectivamente (BRASIL, 2000).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, em seu Artigo 8º estabelece que “As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, sejam diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, mas organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1990a).

A regionalização e hierarquização se constituem no caminho para a operacionalização dos princípios do SUS. A lógica da hierarquização é que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. O da regionalização é que estes serviços estejam

dispostos em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Portanto, a solução dos problemas de saúde apresentados pela população deve partir dos serviços de saúde, pela sua capacidade de possibilitar o acesso a todos os tipos de tecnologias disponíveis, em busca de uma boa resolubilidade. O acesso deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção à saúde, com qualidade e capacidade resolutiva para os principais problemas que afetam a população. As necessidades que não podem ser resolvidas neste nível devem ser encaminhadas aos serviços de referência com maior complexidade tecnológica (RONCALLI, 2003).

Quanto à participação da comunidade, se traduz no controle social. Esta diretriz corporifica o processo de redemocratização brasileiro dentro das políticas públicas. A Lei 8.142 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema do SUS, e em seu texto no Artigo 1º, estabelece que em cada esfera de governo deva existir as seguintes instâncias colegiadas: a das Conferências de Saúde e a dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo. Trata-se de um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. A sua atuação se dá na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. As decisões emanadas pelo Conselho terão que ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do sistema. A participação da comunidade é enfatizada na legislação, tornando os conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. O seu funcionamento é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS. Sua composição deve conter representantes do governo, dos trabalhadores de saúde, de prestadores de serviços de saúde, e por usuários. A sua presidência deve ser eleita em reunião plenária, considerando-se como candidatos todos os integrantes do Conselho (BRASIL, 2000).

Quanto às Conferências de Saúde, o texto contido na Lei 8.142, coloca que estas devam se dar a cada quatro anos, em todos os níveis de administração pública, com a participação dos vários segmentos da sociedade. O objetivo das Conferências é o de avaliar a situação de saúde da população e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde (BRASIL, 1990b).

Além destas duas instâncias de controle social, há ainda o Ministério Público, os Tribunais de Contas e as Comissões Intergestoras.

Em relação à atenção à saúde, na rede básica, a Política Nacional de Atenção Básica, elenca um conjunto de ações de saúde que podem ser dirigidas a um indivíduo ou a uma coletividade. As ações devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O trabalho deve se dar pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e preferencialmente em equipe, contemplando populações de territórios bem delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária, e considerando a dinamicidade que existe neste território onde vivem essas populações. Na Atenção Básica, a utilização é de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância nestes territórios. É a porta de entrada dos usuários ao SUS. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, levando em consideração os preceitos do SUS (BRASIL, 2012).

Entre os fundamentos desta Política estão o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; a efetivação da integralidade em seus vários aspectos; o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; a realização da avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e a estimulação da participação popular para o controle social (Ibid., 2012).

A Atenção Básica tem na Estratégia Saúde da Família (ESF), a possibilidade da reorganização do modelo assistencial de acordo com os preceitos do SUS, entendendo-se por modelo assistencial:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político, com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável (Campos, 1997, p.78).

A saúde da família deve pautar-se pelo princípio da integralidade, o que significa se comprometer com a organização dos serviços e com a prática de ações, que busquem garantir à população um atendimento mais abrangente de suas necessidades. Tem o compromisso de estreitar as relações entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção à saúde, uma vez que possibilita o acesso da população ao sistema de saúde.

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, substituindo as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, o que significa a adscrição da clientela sendo a família e a comunidade, realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, identificando os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas e desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2012).

As atribuições específicas dos CD que atuam na Atenção Básica por meio da ESF são: a realização do diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; a realização dos procedimentos clínicos de Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; a realização da atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; o encaminhamento e a orientação dos usuários, quando necessário, a outros níveis assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; a coordenação e a sua participação em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; o acompanhamento, o apoio e desenvolvimento das atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe saúde da família; a contribuição e participação nas atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ACS; a realização da supervisão técnica do TSB e ASB e a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde da família (BRASIL, 2008c).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O referencial que embasa esta pesquisa é o do campo conceitual do Sistema Único de Saúde brasileiro. No arcabouço teórico do SUS há princípios e diretrizes que norteiam tanto o processo de trabalho dos profissionais de saúde da rede pública como a sua prática de atenção à saúde.

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que utilizou para a análise dos dados a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1 Fundamentando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo

O DSC pressupõe que se os indivíduos vivem em sociedade, compartilham elementos que conformam suas representações sociais que podem ser transmitidas através de um discurso único de uma coletividade.

A técnica do DSC segundo seus autores Lefèvre e Lefèvre (2000) consiste na organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, extraídos de depoimentos, tendo a Teoria das Representações Sociais como seu fundamento. Em síntese é a análise dos dados coletados através de depoimentos.

O DSC é uma das formas de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem os depoimentos dos pesquisados como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese formados a partir dos conteúdos discursivos de sentido semelhantes, emitidos por diferentes indivíduos, transcritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa representar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão norteadora (Apêndice A), as Expressões-Chave (ECH), extraídas de transcrições literais dos depoimentos. As ECH são os trechos dos depoimentos destacados pelo pesquisador, considerados como mais significativos (essência do conteúdo) e que farão parte da composição do discurso-síntese. A essas ECH correspondem Ideias Centrais (IC) que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas ECH.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 17):

“A Ideia Central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC”.

O sentido semelhante pode estar contido em dois critérios de distinção de DSC: aqueles que apresentam diferença/antagonismo e aqueles de complementaridade. Portanto, quando uma Ideia Central possuir DSC de sentidos diferentes, eles deverão ser apresentados separadamente.

4.2 Participantes do estudo

Esta pesquisa foi realizada no período de novembro de 2011 a abril de 2012 com os acadêmicos da nona e décima fases do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. A razão desta escolha foi pelo fato dos mesmos já terem concluído seus estágios na rede de saúde de Atenção Básica, tendo portanto, vivenciado e experienciado tanto a estrutura, como o processo de trabalho e a prática assistencial, da rede de Atenção Básica em saúde do município de Florianópolis.

Os acadêmicos de ambas as fases foram contatados em um dia de aula normal, e em suas respectivas salas de aula foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e a importância de suas participações. Aqueles que manifestaram interesse em participar formaram uma lista em ordem alfabética que foi numerada de forma sequencial. De posse desta lista, a pesquisadora realizou um sorteio para possibilitar a todos os interessados a mesma chance de serem escolhidos.

O tamanho da amostra em pesquisa qualitativa se dá pela saturação dos dados obtidos dos pesquisados, portanto não há um número pré-determinado de pessoas a serem pesquisadas. No entanto, na presente pesquisa, como forma de agilizar e garantir o compromisso dos futuros pesquisados, sorteou-se inicialmente 5 acadêmicos de cada uma das fases.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostra por saturação é utilizada para encerrar o quantitativo de pesquisados em pesquisa qualitativa, evitando assim o acréscimo de dados que não

tragam novos componentes ao estudo. Para tanto, é necessário que o pesquisador, desde o início de sua pesquisa, vá analisando concomitantemente os dados que está coletando, diferentemente das pesquisas quantitativas nas quais os dados são analisados após o encerramento de sua coleta.

Dentre os 10 acadêmicos selecionados, só um não participou da pesquisa alegando sempre que era solicitado, que tinha outros compromissos que o impediam de participar nos dias e horários previamente marcados. Este acadêmico foi substituído e devido a não saturação dos dados entre os nove pesquisados mais dois acadêmicos foram selecionados, conseguindo-se com estes depoimentos a saturação necessária para concluir a pesquisa.

4.3 Forma da coleta de dados

Os dados foram coletados através da gravação dos depoimentos dos pesquisados em resposta às questões norteadoras (Apêndice A) formuladas.

Os acadêmicos de ambas as fases tiveram agendados os seus dias e horários para a presente pesquisa, que foram realizadas na própria UFSC, de forma individual, em local apropriado, possibilitando conforto, boa acústica e sem interferência de ruídos externos.

Antes de iniciar a gravação dos depoimentos, a pesquisadora fez uma conversa coloquial com o intuito de deixar cada pesquisado à vontade. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos da maneira como a pesquisa seria conduzida, seus objetivos, a garantia de sigilo de identidade e confidencialidade dos dados coletados, assim como da necessidade de autorização para que fosse gravada. Não houve um tempo delimitado para a gravação, pois esta dependeu do depoimento de cada participante.

4.4 Tabulação e análise dos dados

Para que se procedesse à análise dos dados através da técnica do DSC, uma sequência de passos foi necessária para organizar o material coletado.

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas pela pesquisadora de modo literal para o programa Word, sendo agrupadas por questão norteadora e por pesquisado.

Os acadêmicos pesquisados receberam para a sua identificação pelo pesquisador, a sigla Ac e o número sequencial da ordem de sua participação. Esta numeração foi necessária para facilitar a organização dos dados pela pesquisadora e não identifica em hipótese alguma a qualquer leitor do TCC quem é o mesmo e a que fase pertence.

Após a impressão dos depoimentos transcritos, a pesquisadora fez a checagem dos textos fazendo ao mesmo tempo a leitura e escuta da gravação. Quando necessário, procedeu às devidas correções.

O próximo passo consistiu na análise dos depoimentos registrados no computador, destacando no texto as ECH com cores diferentes, depurando assim o conteúdo importante de cada entrevista.

Concluídos os registros das ECH, todo esse material foi transferido para o Instrumento de Análise dos Discursos – IAD (1) (Anexo 1), o qual consiste de uma planilha composta por três colunas: a coluna localizada à esquerda, representa os sujeitos da pesquisa, a do centro onde se localizam as ECH retiradas dos depoimentos, e a da direita com a IC que congrega as ECH. A identificação final das IC só ocorreu após a transferência de todas as ECH pertinentes.

Respeitando-se a ordem das perguntas realizadas na pesquisa, todas as IC semelhantes ou complementares foram transferidas para um novo IAD (2) que se constitui em uma planilha que juntou estas IC e tantas ECH quanto foram possíveis (Anexo 2).

Para elaboração do DSC foi preciso eliminar as particularidades dos discursos, tais como: sexo, idade, eventos, etc., procedimento chamado de desparticularização, e eliminaram-se as repetições de idéias. O DSC foi escrito em itálico para indicar que se trata de uma fala ou de depoimento coletivo. A cada discurso se destacou quantos acadêmicos dele participaram.

4.5 Questões éticas de pesquisa

O Conselho Nacional de Saúde em 1996 aprovou a Resolução 196/96/CNS que traz diretrizes e normas para atender as exigências éticas e científicas para a realização de pesquisa com seres humanos. Os

pesquisados autorizaram sua participação através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Para atender o disposto na resolução 196/96/CNS o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, foi analisado e recebeu a aprovação (Processo 2299 FR:469745) em 31 de Outubro de 2011. (Anexo 3)

5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UFSC, NA REDE DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Neste capítulo encontram-se os resultados do material coletado, a análise dos discursos formulados e a discussão frente à literatura consultada. A forma de sua estruturação foi no sentido de facilitar por parte do leitor, a compreensão da essência do material coletado na pesquisa. Por isso, os DSC estão distribuídos em três temas conforme seu enfoque: Os princípios doutrinários do SUS; As Diretrizes Organizativas do SUS; e O trabalho do CD na Atenção Básica do SUS.

Do material coletado pelas entrevistas com a utilização das três perguntas norteadoras e às vezes perguntas complementares, foi possível se elaborar 11 DSC.

5.1 Os princípios doutrinários do SUS

Neste tema estão dispostos 3 DSC. O primeiro se refere à Universalidade, o segundo e terceiro à Integralidade. No que diz respeito à Equidade não há DSC elaborado.

IC - A Universalidade como atendimento direto na UBS (Ac1, Ac3, Ac4, Ac6, Ac7, Ac8, Ac9, Ac10, Ac11)

DSC1 - "Universalidade é o direito de todas as pessoas terem acesso a qualquer tipo de atendimento na UBS com perspectiva de alguma solução"

No relato destes estudantes fica evidente que entendem Universalidade como direito de acesso, mas apenas na perspectiva de o indivíduo receber algum tipo de atendimento com resolutividade. No entanto, o conceito de Universalidade precisa ser entendido em um sentido mais amplo, onde há a necessidade dos governos formularem políticas públicas intersetoriais que possam dar conta da melhoria das condições de vida da população, o que por sua vez acaba por se refletir na saúde das pessoas.

A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, o que significa que todo indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim

como àqueles contratados pelo poder público (BRASIL, 1990a). A expressão “atenção à saúde” contempla o conceito ampliado de saúde, no qual esta não é só dependente do que o setor saúde possa oferecer aos cidadãos, mas também de ações intersetoriais que possam melhorar a qualidade de vida da população.

Para Roncalli (2003), a Universalidade só poderá se concretizar com a melhora do padrão de vida das pessoas. Para tal, as políticas públicas precisam atender a população proporcionando melhores condições de moradia, de emprego, de salário, previdência social, de educação, alimentação e de lazer.

Segundo Campos et al. (2006), a Universalidade garante o direito a saúde a todos os cidadãos, bem como o acesso sem qualquer tipo de discriminação aos serviços e ações em saúde oferecidos pelo SUS. De acordo com este autor, a Universalidade dentro do setor saúde deve ser capaz de assegurar o acesso das pessoas tanto à assistência como à atenção em saúde. Para isso ocorrer é preciso que a gestão em saúde municipal, aplique recursos para a melhoria da infraestrutura da rede básica de saúde, como também dos materiais necessários para poder resolver os problemas de saúde apresentados pela comunidade. Outro componente que precisa estar devidamente preparado para enfrentar a demanda da população por atenção à saúde é a questão dos recursos humanos que compõem as equipes de saúde. Há que se ter a educação permanente destes profissionais, atualizando-os para novas terapias mais resolutivas e capacitando-os para um relacionamento com os usuários do sistema de saúde, que possibilite o vínculo e a confiabilidade nos serviços prestados.

De acordo com Roncalli (2000) entre os princípios doutrinários do SUS, a Universalidade traz a saúde como um direito de cidadania. Este princípio pode ser considerado como aquele que melhor representou avanços em relação ao antigo modelo de saúde hospitalocêntrico, muito excludente, no qual poucos tinham acesso à assistência à saúde, como os trabalhadores contribuintes da previdência social. No atual modelo de atenção à saúde, regido pelo SUS, o conceito de cidadania fica ampliado, passando então todos os cidadãos a terem direito ao acesso às ações e assistência na rede pública de saúde, uma vez que é dever do Estado fornecer estrutura para tal e instituir políticas públicas intersetoriais que melhorem as condições de vida e de saúde.

No que se refere à área da saúde bucal, o documento que institui as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal tem como um de seus princípios norteadores o acesso, entendido no caso da Atenção Básica como a oportunidade da população poder ser recebida na rede básica de

saúde para ter suas demandas solucionadas. Devem estar contidos neste acesso tanto a demanda programada como a demanda espontânea (BRASIL, 2004).

O segundo princípio a ser apresentado é o da Integralidade. Do material coletado foi possível se destacar dois DSC.

IC - Integralidade do sistema de saúde (Ac1, Ac2, Ac4, Ac6, Ac10)

DSC2 - "Integralidade é proporcionar às pessoas todos os atendimentos possíveis, dos mais básicos aos mais complexos. O que se pode, resolver na Unidade Básica de saúde, e o que não se pode encaminhar aos demais níveis de competência da atenção secundária e terciária"

IC - Integralidade da atenção à saúde (Ac2)

DSC 3 -" Integralidade da atenção à saúde com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e clínicas de recuperação da saúde"

No primeiro DSC, os acadêmicos entendem o conceito de Integralidade como o da possibilidade de resolutividade nas UBS das necessidades apresentadas pelos usuários, e de encaminhamento aos níveis mais complexos que são realizados na atenção secundária e terciária.

Porém, trata-se de um entendimento parcial do conceito de Integralidade, pois a resolutividade neste caso fica restrita ao acesso aos vários níveis de complexidade de assistência à saúde. A Integralidade não poderia ficar restrita a este entendimento uma vez que para se concretizar necessita também da oferta de ações de promoção da saúde e de prevenção.

A Integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que:

Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990a, p. 5).

Realmente, a atenção à saúde das pessoas é dependente não só do seu acesso à assistência nos três níveis de complexidade que conformam o sistema de saúde, mas também do desenvolvimento pelo SUS das ações de promoção e proteção. As ações assistenciais e as de promoção da saúde e preventivas devem estar integradas, conforme estabelecido no texto da Lei Orgânica 8.080/90, em seu artigo 5º, parágrafo III, especificando os objetivos e atribuições do SUS (BRASIL, 1990a).

Esta Lei em seu Artigo 7º, garante ao cidadão, o direito de receber serviços curativos em todos os níveis de complexidade do SUS. A Integralidade de assistência deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de prevenção e reabilitação em saúde, tanto individuais quanto coletivos, conforme cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (Ibid., 1990a).

Também no texto da Política Nacional de Atenção Básica, como das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a Integralidade se encontra caracterizada como o conjunto de ações tanto no âmbito individual quanto coletivo em saúde, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Dentro do estabelecido pela Política Nacional de Saúde Bucal, o processo de trabalho e a prática assistencial da equipe de saúde bucal para atender o princípio da Integralidade, precisa levar em conta um trabalho multiprofissional capaz de atuar tanto de forma individual quanto coletiva (BRASIL, 2004).

Segundo Costa (2004), a Integralidade constitui-se em se conhecer as necessidades e demandas de saúde tanto individuais quanto coletivas da população, através da interação permanente dos atores em relação à demanda e a oferta, nos diversos níveis de atenção à saúde. A Integralidade deve ser defendida como um valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde.

Por fim, o texto da Política Nacional de Atenção Básica dispõe entre os seus fundamentos e diretrizes que há a necessidade da integração das ações programadas com a demanda espontânea, com o manejo de tecnologias de cuidado e de gestão que suportem o desenvolvimento da promoção da saúde, da prevenção de agravos, da vigilância à saúde, do tratamento e da reabilitação, em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Quanto ao princípio da Equidade, embora não tenha sido possível dentro do material coletado se formar algum DSC, necessário se faz

neste texto destacar a importância do mesmo para a compreensão e o funcionamento do SUS.

Há algum tempo o setor saúde vem debatendo o tema da Equidade em saúde. As discussões se encaminham para que a gestão descentralizada do SUS tenha como objetivo, o alcance da efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional.

De acordo com Lucchese (2003, p. 440), diversos estudos evidenciam importantes iniquidades relacionadas “à distribuição espacial da oferta de recursos humanos e de capacidade instalada; ao acesso e utilização de serviços (públicos e privados); à qualidade da atenção recebida; e às condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades”. Esta mesma autora cita o conceito de Whitehead (1992), em que a Equidade implica que o ideal seria que todas as pessoas pudessem ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde, não ficando ninguém em tal em desvantagem.

Segundo Escorel (2001), a idéia de Equidade substitui o conceito de Igualdade, isto porque Igualdade remete à distribuição homogênea de uma mesma quantidade de bens ou serviços a cada pessoa. Por sua vez, a Equidade leva em consideração que as pessoas são diferentes, e por isso possuem necessidades diversas. Neste segundo caso, o princípio de Equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea de bens ou serviços.

Para Campos (2006), o sentido e o significado do termo Equidade se modificam conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social de um país. De acordo com este autor, a Equidade pode ser subentendida em dois sentidos: um mais geral que se equivale ao de justiça e igualdade, que relaciona Equidade e políticas sociais, e outro mais específico que se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação, mediante ações específicas do setor saúde. Neste segundo sentido a Equidade em saúde se encontra relacionada à qualidade dos serviços ofertados, ou seja, à sua eficácia, seu poder de resolubilidade. Para que a Equidade possa se efetivar nos dois sentidos, uma vez que estes devem ser complementares, a sociedade civil necessita ter a capacidade de interagir com o Estado, com os governos e demais poderes institucionais, na procura da construção de contextos favoráveis à justiça e à democracia, cabendo então aos governos, a instituição de políticas sociais e econômicas que produzam bem-estar da população.

Dentre as possibilidades que podem contribuir para o estabelecimento da Equidade em saúde no Brasil, Lucchese (2003) cita os seguintes caminhos: de forma geral o uso da epidemiologia como área de conhecimento à compreensão dos determinantes e riscos que condicionam o processo saúde-doença, e também como conjunto de métodos e técnicas relevantes para a identificação dos principais problemas que afligem a população; o reconhecimento de que a experiência diária possibilita à população, profissionais de saúde e gestores locais, a identificação dos problemas do sistema de saúde, assim como favorece a procura de suas soluções, além do fato de ser considerado o que já se encontra definido como prioridade; o desenvolvimento de parcerias com instituições acadêmicas para o aperfeiçoamento/qualificação de seus profissionais e para a eficiência de suas intervenções; e a implantação da regionalização da assistência à saúde, procurando-se fazer o redimensionamento da oferta de ações e serviços de saúde no território nacional.

5.2 – As Diretrizes Organizativas do SUS

No presente tema são apresentados três DSC, sendo o primeiro referente à Regionalização.

IC – Regionalização (Ac1, Ac6, Ac10, Ac11)

DSC 4 - "A Regionalização se dá pela divisão do território sob a responsabilidade da UBS em microáreas. O trabalho dos profissionais da UBS vai se organizando por quem está perto dos usuários, diagnosticando seus problemas e lançando as estratégias mais condizentes para resolvê-los"

A princípio o entendimento dos acadêmicos está adequado, uma vez que cabe a cada uma das UBS promover o reconhecimento de seus territórios, levantando não só os principais problemas de saúde da população, mas também a situação de moradia, de saneamento e condições ambientais da comunidade. A divisão do território em áreas geográficas para atuação das equipes de saúde da família e a subdivisão em micro áreas para a atuação dos ACS, possibilita se enxergar diretamente onde especificamente se encontram os problemas de saúde e com isso, a equipe poderá planejar ações mais resolutivas. Para que isto realmente aconteça o conceito de Regionalização por parte do gestor precisa estar ampliado, no sentido de ser levado em conta que é preciso

a organização dos recursos humanos, materiais e financeiros para uma distribuição mais equânime para atender as necessidades da população.

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde e a própria Constituição Federal, se referem às diretrizes organizativas do SUS, como a descentralização com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade, dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

O processo de Regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002b).

Em relação à ampliação do conceito de Regionalização, Vasconcelos e Pasche (2006, p.536) afirmam que:

O processo de Regionalização da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

O texto atual da Política Nacional de Atenção Básica dispõe entre seus fundamentos e diretrizes a necessidade de se:

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da Equidade (BRASIL, 2012, p. 20).

O gestor municipal tem entre suas competências:

Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas, e Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo

com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local (Ibid., 2012, p. 33).

No que diz respeito às UBS que atuam na lógica da ESF, estas necessitam que suas equipes de saúde trabalhem no sentido do desenvolvimento de “ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais”, forma de possibilitar a prevenção ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (Ibid., 2012, p.41). Ou seja, que as ações possam impactar de maneira positiva a situação de saúde, agindo sobre os condicionantes e determinantes da saúde das coletividades, levando em consideração sempre o princípio da Equidade.

IC – Hierarquização (Ac2, Ac3, Ac4, Ac5, Ac6, Ac10, Ac11)

DSC 5 - "Inicia-se com a Atenção Básica como linha de frente, com a resolução do que se pode na UBS, e encaminhando quando houver necessidade de atendimento especializado. Na saúde bucal o encaminhamento principal é para o CEO"

Os estudantes percebem a Hierarquização como a possibilidade de ofertar ao usuário do SUS o atendimento que ele necessite, sendo o que se conseguir de resolubilidade na Atenção Básica, e quando necessário proceder ao encaminhamento para outros níveis de complexidade.

Realmente, a Hierarquização dos serviços de saúde se dá através da organização da atenção à saúde de acordo com o grau de complexidade tecnológica necessária, partindo-se inicialmente do nível mais simples para os níveis mais complexos, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações.

A Hierarquização é a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade tecnológica crescente, e que devem estar dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Trata-se, portanto, da capacidade destes serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (BRASIL, 1990c).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), a Hierarquização busca ordenar o SUS por níveis de atenção à saúde, e estabelece fluxos entre os serviços de assistência, para regular o acesso às especialidades, tendo

a Atenção Básica o maior contato com a população, por ser o serviço mais procurado, sendo assim a porta de entrada do sistema.

Para Roncalli (2003) o princípio da Hierarquização trabalha na lógica de que os serviços devem se organizar em níveis de crescente complexidade tecnológica. E deste modo, os problemas de saúde apresentados pela população devem ser solucionados através da busca da resolubilidade. Através dos serviços de nível primário de atenção à saúde deve se dar o acesso, com qualidade e capacidade resolutiva para os principais problemas de saúde que afetam a comunidade. Quando as necessidades não podem ser resolvidas no nível primário, os usuários devem ser encaminhados aos serviços de referência com maior complexidade tecnológica.

IC – Controle Social (Ac5, Ac6, Ac8, Ac10, Ac11)

DSC 6 - "O controle social é realizado pela população através dos conselhos locais de saúde, funcionando como uma espécie de abertura para a população poder dar a sua opinião"

Levando-se em consideração estritamente o que se encontra disposto nesse discurso, os acadêmicos passam a impressão de que a única forma de controle social é através dos Conselhos Locais de Saúde. A citação apenas de Conselho Local se deva ao fato destes acadêmicos terem presenciado na prática alguma reunião em um determinado conselho local de saúde e isto foi o que mais lhes marcou significativamente. No entanto, sabe-se que esta forma de controle social também pode se dar na esfera estadual como na federal, o que não foi considerado. Além disso, há outras formas de se fazer este controle do sistema público de saúde.

A participação da comunidade na gestão do SUS se encontra contida na Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta participação caracteriza o chamado controle social. As formas previstas desta participação podem ser através das Conferências de Saúde bem como dos Conselhos de Saúde. No entanto, tem-se também a possibilidade do controle social se dar por ações do Ministério Público, dos Tribunais de Contas e das Comissões Intergestoras (BRASIL, 1990b).

Entre as características do processo de trabalho das equipes de saúde da família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, estão a mobilização e a participação da população adscrita, no sentido do controle social efetivo. O texto dispõe que os profissionais destas equipes devem "estimular a participação dos usuários de forma a ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua

saúde e das coletividades no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social" (BRASIL, 2012, p. 22-23).

O controle social deve ser entendido como a possibilidade da participação do cidadão na gestão pública, fiscalizando, monitorando e controlando as ações desenvolvidas pela mesma. Essa participação é importante porque pode contribuir para a correta aplicação dos recursos públicos, e fazer, por sua vez, que as necessidades da sociedade sejam atendidas de modo eficiente (BRASIL, 2007).

Quanto à diretriz constitucional do Controle Social, Vasconcelos e Pasche (2006) colocam que este pode ser traduzido como o anseio dos atores sociais por uma democracia, na qual os cidadãos podem participar ativamente e influenciar de modo decisivo a definição e execução, nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal) na política de saúde.

Em relação aos Conselhos de Saúde, estes se revestem de importância por possuírem caráter deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. A atuação dos Conselhos pode ser na formulação e proposição de estratégias, assim como no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

Para Gohn (2004) a participação da população através dos conselhos não acontece com o objetivo de substituir o Estado, mas sim, para lutar para que seja cumprido o dever do Estado no tocante à educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade para todos.

Quanto às Conferências de Saúde, estas são compostas por vários segmentos sociais, com representantes dos trabalhadores da saúde, dos gestores, da população e dos prestadores de serviços contratados. O objetivo das Conferências é o de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formular a política de saúde nos níveis institucionais correspondentes. Já o Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

No que se refere ao Tribunal de Contas da União - TCU, sua função é efetuar o controle dos recursos públicos gastos pelo Estado. Trata-se de um controle externo aos gastos do poder executivo. Este

órgão é formado por um colegiado com a função de agir como um tribunal administrativo, analisando e avaliando as contas dos responsáveis pelo manejo de dinheiro, bens e valores públicos federais, bem como daqueles que derem causa a perda, extravio ou outras irregularidades que resultem prejuízo ao erário. Por isso, é importante que se dê a articulação do TCU com os conselhos de saúde, pois seria assegurada a missão constitucional do TCU de assegurar a efetiva aplicação dos recursos públicos em benefício da sociedade. Outro ponto importante desta parceria é que este órgão auxiliaria na verificação da efetividade dos programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, a complementaridade das ações de controle social exercidas pelos conselhos de saúde com as efetuadas pelo TCU, contribuiria para fortalecer o acompanhamento da aplicação dos recursos no SUS, já que a falta de controle e fiscalização facilita a corrupção e outras formas de má utilização de recursos, o que acarreta prejuízo para a saúde da população (ZELENOVSKY, 2006).

No Brasil, ainda tem-se como panorama geral um grande quantitativo da população vivendo em extrema pobreza e em desigualdade social. Isto se deve ao fato da corrupção, desperdício e má versação dos recursos públicos, arrecadados por meio de impostos pagos também por essa mesma população. Apesar de ter-se um aparato oficial de controle dos gastos públicos realizados pelos Tribunais de Contas, Ministério Público, unidades de Controle Interno do poder executivo, e pela própria sociedade, o que se verifica ainda é há insuficiência deste controle. Sabe-se que há uma convergência nos interesses da própria sociedade e dos Tribunais de Contas, ou seja, que o desenvolvimento de ações por parte do gestor público realmente atenda as necessidade dos cidadãos. A ação dos Tribunais de Contas se traduz como fortalecimento do controle social e do exercício pleno da cidadania. Por isso, necessário se faz o relacionamento entre os sistemas de controle estatais e os sistemas de controles sociais para garantir o exercício da democracia (SILVA; ALFRADIQUE 2005).

Outro meio do controle social é a participação do Ministério Público. A promulgação da Constituição Federal de 1988 ampliou a esfera de atuação do Ministério Público, deixando este de ser simplesmente uma instituição direcionada à persecução criminal, para também passar a agir na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais individuais indisponíveis. Este aumento em sua área de ação o caracteriza como instituição essencial à justiça, permanente e autônoma. Portanto, a postura de ação de se voltar para a solução dos problemas sociais, papel de grande relevância entre

as instituições que compõem a base de sustentação do Estado Democrático de Direito. Desta forma, cabe ao Ministério Público propor a defesa dos direitos constitucionais do cidadão e motivar o controle social (GONTIJO, 2008).

Como se pode observar, apesar do controle social ser mais realizado pelos conselhos de saúde e conferências de saúde, tem-se na administração pública outros órgãos com esta capacidade e que devem atuar em parceria com os conselhos de saúde.

Porém, Fantinato et al. (2010) chamam a atenção de que apesar da existência das legislações que garantem os espaços de controle social, isto apenas não é suficiente. A população necessita estar informada e se apropriar destes mecanismos. Se a população não se efetivar nestes espaços de controle social, corre-se o risco dos mesmos servirem apenas para a manutenção do poder do Estado. O controle social deve funcionar como o mediador entre o Estado e a sociedade, funcionando como mediador nas contradições entre os objetivos do Estado e os da população, para garantir o direito à saúde pública e de qualidade.

5.3 - O trabalho do CD na Atenção Básica do SUS

Quanto ao trabalho desenvolvido pelo CD na atenção básica dentro da Estratégia Saúde da Família, foi possível a elaboração de 5 DSC. Cada um dos discursos evidencia que os acadêmicos tiveram a oportunidade de vivenciarem na prática a maioria das várias atribuições do CD com a sua presença, ou pelo menos com o desenvolvimento daquela atribuição juntamente com outro profissional de saúde.

IC – A saúde bucal no Programa Saúde na Escola (PSE) (Ac3, Ac6, Ac7, Ac10, Ac11, Ac12)

DSC 7 - “O dentista atua na prevenção para tentar melhorar a saúde bucal das pessoas contribuindo na mudança da sua realidade. Com as crianças realiza atividades no programa de saúde na escola, com a educação em saúde bucal, a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor, e na motivação dos alunos para o hábito da higiene bucal”

O conteúdo deste discurso permite que se perceba que estes acadêmicos participaram de atividades com crianças nas respectivas escolas de responsabilidade de cada CD pertencente às diversas UBS onde foram distribuídos para realizarem seus estágios. Outra constatação

é que entendem o trabalho do CD como agente principal para o desenvolvimento de ações de educação e prevenção para os problemas de saúde bucal de escolares, especialmente contra a doença cárie. Esta ênfase provavelmente se deva ao fato da maioria dos acadêmicos deixarem claro em seus relatos que puderam estar com o CD quando da execução das atividades em saúde bucal com estes escolares, priorizando a doença cárie. As atividades mais executadas foram as de educação, de prevenção da doença cárie com a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor e na questão da motivação das crianças a respeito da adoção da higiene bucal.

Não ficou explícito nos relatos se estes acadêmicos entendem que estas ações não necessitam ser realizadas por CD, um fato muito importante, uma vez que este profissional precisa de mais tempo para atender a demanda de atendimento clínico odontológico na UBS, na Atenção Básica. O papel do CD no Programa de Saúde na Escola (PSE) é o de contatar a direção da escola para juntos realizarem o planejamento das ações que ali serão desenvolvidas, capacitar seus auxiliares (TSB e/ou ASB e até ACS) para o desenvolvimento destas ações com qualidade, coordenar e promover a supervisão da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2009).

O trabalho com escolares do ensino fundamental, especialmente da primeira a quarta séries, não é uma novidade, pois já vem sendo realizado há muitas décadas como uma rotina do setor público odontológico. Especialmente durante os anos oitenta e noventa do século vinte, em virtude da massificação do uso de substâncias fluoretadas, diversos programas governamentais foram implantados nas escolas públicas com a finalidade de prevenção da doença cárie que tinha grande abrangência na população brasileira e especialmente na população infantil. No entanto, estes programas não conseguiram o impacto desejado, provavelmente pelo fato do setor saúde se introduzir no espaço escolar não levando em conta a necessidade da pactuação com o setor da educação, tornando os programas como uma sobrecarga para os professores, pois além da escolarização das crianças ainda tinham a responsabilidade pela escovação dental das crianças e pela aplicação das soluções fluoretadas para bochechos.

Com a implantação do SUS e a implementação de políticas públicas voltadas à Atenção Básica, especialmente do Programa Brasil Sorridente, o panorama da saúde bucal está mudando. No que se refere à atenção aos escolares da rede pública de ensino, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e o da Educação, estabeleceram como política

pública o PSE, visando à construção de um território, de uma comunidade, e de uma escola mais saudável (BRASIL, 2009).

A intenção de transformar professores do ensino fundamental em agentes multiplicadores de conhecimentos e de práticas em saúde bucal não pode ser conseguida se delegando aos mesmos mais uma função no seu fazer. É preciso que profissionais da saúde e da educação construam de forma multiprofissional e interdisciplinar, estratégias de trabalho para tratar os assuntos referentes à saúde bucal.

Outro fato que contribuiu para o insucesso dos programas nas escolas foi a não integralidade das atividades, pois ficavam restritas a educação e a prevenção em saúde bucal, não garantindo às crianças com necessidades de tratamento clínico, o acesso no setor público, e no setor privado pelos altos custos dos tratamentos.

A escola, de acordo com Demarzo e Aquilante (2008), além do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, tem que promover uma educação que forme pessoas para saberem atuar em todos os espaços da vida social. Portanto, ela é decisiva na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Estas premissas a revestem como espaço importante para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos.

No PSE entre as ações direcionadas à promoção de saúde dos escolares, se encontram a avaliação clínica e psicossocial, atualização do calendário vacinal, detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, avaliação da acuidade visual, avaliação auditiva, avaliação nutricional, e a avaliação da saúde bucal. Estas atividades devem preferencialmente ser executadas em forma de trabalho multiprofissional, com a participação em especial do CD, do médico e do enfermeiro, promovendo desde o planejamento até a elaboração, se necessário, de materiais educativos que atendam o contexto social e econômico das crianças e de seus familiares. Outro ponto importante é a realização de ações de promoção de saúde alimentar que deverá preferencialmente ser realizada por estes profissionais em trabalhos na própria escola dirigidas aos professores, funcionários e pais de alunos (BRASIL, 2009).

No tocante à saúde bucal, a sua avaliação se encontra entre as principais linhas de ação do PSE. Neste documento, existem fortes recomendações a todos os membros da equipe de saúde no sentido da desestimulação da ingestão por parte das crianças de alimentos com poder de cariogenicidade, principalmente os que contêm altos teores de açúcares refinados. Outro ponto que deve ser destacado pelos profissionais é o estímulo às crianças para o hábito da higiene bucal com

o uso de dentifrício fluoretado e do fio dental. No que se refere ao procedimento de identificação das condições de saúde bucal, o dentista deverá realizar exames nas crianças para detectar suas reais necessidades de tratamento. São os dados obtidos nestes exames que possibilitam o planejamento das ações a serem desenvolvidas futuramente, quer sejam as de promoção, prevenção ou de recuperação da saúde bucal (Ibid., 2009).

Para Vasconcelos, Pordeus e Paiva (2001) há que se reforçar a necessidade de se trabalhar conteúdos de saúde bucal com as crianças no ambiente escolar. Mas para tal, há necessidade do emprego de metodologias adequadas para o pleno desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças. Este trabalho de educação e prevenção em saúde bucal só será conseguido se os CD procurarem atuar junto com os professores e demais profissionais da área de saúde de forma multidisciplinar e interdisciplinar, especialmente capacitando os professores nos conhecimentos básicos para a manutenção da saúde bucal e ao correto emprego de substâncias fluoretadas.

Sá e Vasconcelos (2009) corroboram este posicionamento, pois entendem o ambiente escolar de ensino fundamental como espaço propício à realização de medidas educativas e preventivas em saúde bucal, uma vez que se trata de um ambiente social onde as crianças possuem uma faixa etária ideal a receber conhecimentos, adquirir hábitos e fortalecer os cuidados preventivos já aprendidos. Estes autores consideram os professores como os profissionais mais indicados para as ações de educação e prevenção no ambiente escolar, devido sua capacitação técnica para o processo ensino-aprendizagem e saberem lidar no sentido de estimularem as crianças à recepção de novos conhecimentos. No entanto, chamam a atenção de que é preciso a capacitação dos professores quanto aos conteúdos específicos da saúde bucal.

A educação em saúde bucal pode, quando bem empregada, conseguir resultados positivos na saúde das crianças. Uma prova de que isto é possível se encontra na pesquisa de Aquilante et al. (2003) realizada com crianças de 6 anos de idade de um centro pré-escolar de Baurú-SP, no ano de 2001. O objetivo da pesquisa foi o de avaliar o grau de aprendizado em saúde bucal após 5 meses de acompanhamento, realizando-se no início e ao final do trabalho o exame bucal das crianças utilizando-se o índice PHP para medir o nível de placa bacteriana. Também aplicaram um questionário inicial com 15 perguntas relativas à saúde bucal, que lhes proporcionou verificar quais tópicos tinham que ser mais explorados. O trabalho educativo foi

realizado mensalmente com as crianças, sendo que cada sessão abordava assuntos pertinentes à saúde bucal com o intuito de orientá-las e motivá-las em relação aos cuidados com a saúde bucal. Ao final obtiveram resultado positivo, uma vez que observaram uma redução no nível de placa bacteriana de 15,5% considerado estatisticamente significativo. Desta forma, concluíram que quando bem planejados e executados, programas de educação em saúde bucal são capazes de promover o aumento do conhecimento sobre a saúde bucal e a redução do índice de placa.

Embora não seja objetivo deste trabalho realizar avaliação das atividades realizadas, é importante que se destaque que para o sucesso do PSE não basta apenas que o setor saúde promova com seus profissionais todas as atividades preconizadas pelo programa. É preciso que haja a parceria entre a saúde e a educação. Os professores, a direção das escolas, necessitam ser levados em consideração desde a fase de planejamento até a de execução para as ações propostas. Principalmente no que se refere às questões pedagógicas, com o emprego de linguagem e de recursos áudio visuais apropriados a cada faixa etária, capazes de integrar e estimular as crianças durante a execução das atividades. Estas recomendações são mais fortes quando se trata do PSE no ambiente das creches, onde as crianças ainda pela pouca idade não possuem destreza manual e nível de compreensão suficiente para incorporarem sozinhas o hábito da higiene bucal e do consumo de alimentos saudáveis. Por isso, o PSE tem que ampliar o seu território de ação, passando também a funcionar no ambiente familiar, onde os pais tem que entender a sua responsabilidade na adoção e monitoramento de hábitos saudáveis de seus filhos e de si próprios.

Portanto, frente às mudanças impostas pela modernidade ao mundo contemporâneo, a escola necessita estar preparada para poder desenvolver práticas de promoção à qualidade de vida e saúde em seu ambiente. Para tornar a escola um espaço promotor de saúde há a necessidade de comprometimento do seu projeto político-pedagógico, que deve estar voltado a solucionar conflitos de propósitos explicitados no campo da educação contemporânea. As ações realizadas devem visar a garantia dos direitos coletivos e empoderar a comunidade escolar em busca da cidadania. Agindo assim, a redução das iniquidades e o alcance de melhorias sustentáveis em saúde bucal podem ser conseguidas. No entanto, isto depende em muito da implementação de políticas públicas focadas nos determinantes ampliados da saúde. O desenvolvimento da capacidade individual dos escolares dependerá do uso por toda a comunidade escolar, de inúmeras estratégias visando uma atuação sobre

esses determinantes. Esta atuação deve levar em conta uma participação ativa, intersetorial, que se baseie no conhecimento e evidências disponíveis de boas práticas (MOYSÉS, 2008).

IC- Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde – ACS (Ac11, Ac12)

DSC 8 - "O dentista é a pessoa que tem mais propriedade para capacitar a equipe de saúde bucal para atuar junto à população nas questões da prevenção em saúde bucal. Em especial aos agentes comunitários de saúde que se encontram mais próximos da população e sabem das suas demandas, fazendo então os devidos encaminhamentos"

Apesar de este discurso pertencer apenas a dois acadêmicos, este relato se reveste de grande importância, pois mostra que diversas atividades em saúde bucal, especialmente as de educação e prevenção podem ser realizadas junto à população pelos auxiliares do CD, o que favorece a otimização do tempo do CD para as atividades clínicas, uma vez que ainda é grande a demanda por tratamento odontológico, como demonstrado no DSC que focou o atendimento clínico. Porém, sabe-se que a maioria das equipes de saúde bucal não são constituídas por Técnicos em Saúde Bucal (TSB), ficando então o auxílio ao dentista restrito aos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). São esses profissionais que realizam as tarefas de ajuda ao CD durante a realização dos procedimentos clínicos, facilitando o seu trabalho e lhe permitindo atender mais pessoas em cada período do dia. Isto não significa que os ASB tenham apenas esta função, pois se necessário deverão atuar com o CD também nas atividades coletivas. A não citação desta atividade pelos demais acadêmicos provavelmente decorra do fato de não terem participado deste tipo de educação permanente, não relacionando o seu grau de importância.

Outro profissional da atenção básica que pode auxiliar o CD nas atividades coletivas junto à população é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para que as atividades se processem com qualidade é preciso que estes auxiliares participem primeiro de capacitação a ser coordenada pelo CD, estando assim aptos ao desenvolvimento de ações educativas e preventivas voltadas à saúde bucal.

Em relação especificamente aos ACS, a importância de sua capacitação se deve ao fato desses profissionais serem entre os membros da equipe de saúde da família aqueles que possuem uma ligação mais direta com a comunidade, uma vez que frequentemente visitam as famílias em suas casas, seja para o seu cadastramento, levando informações sobre hábitos saudáveis, tirando dúvidas a respeito do

funcionamento das UBS ou de fatores ligados à prevenção de doenças, promovendo o monitoramento das pessoas que se encontram sob medicação, e até mesmo fazendo o encaminhamento de pessoas para as UBS quando necessário.

De acordo com o disposto no documento da Política Nacional de Atenção Básica, a educação em saúde da população é uma atribuição comum a todos os membros da equipe de saúde da família, contudo deve preferencialmente ser realizada por profissionais auxiliares. Dentre os profissionais auxiliares, o ACS é aquele que está mais próximo ao cotidiano da população, conhecendo de perto o seu modo de vida, suas crenças, seus valores, seu comportamento e atitudes. Trata-se de um profissional que se bem capacitado, em muito estenderá o trabalho educativo e preventivo da equipe de saúde da família, ultrapassando então o trabalho executado dentro das dependências físicas das UBS, passando o mesmo a ser feito dentro da comunidade, diretamente no seio da família (BRASIL, 2012).

Fortes e Spinetti, (2004) descrevem o ACS como um profissional singular, visto que, deve residir obrigatoriamente na comunidade onde atua como membro da equipe de saúde da família, bem como, exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, pois tem maior proximidade com o usuário e tem muitas oportunidades de visitá-lo em casa, o que exige capacitação para desempenhar bem essas atribuições.

Carvalho et al. (2010), realizaram uma pesquisa qualitativa, no período de fevereiro a março de 2008 em dois centros de saúde da cidade de Florianópolis, através da entrevista de 10 ACS. Foi contundente a lembrança dos ACS de necessidade de capacitação para as tarefas que executam. A capacitação deverá ser contínua e adequada à realidade local da comunidade na qual estão inseridos, permitindo desse modo, que realizem com maior êxito as atividades previstas dentro da Estratégia Saúde da Família.

No que se referem às questões da educação e prevenção em saúde bucal, estas se encontram previstas na Política Nacional de Saúde Bucal como atribuições preferenciais do TSB, do ASB e do ACS. A competência do CD se encontra no planejamento, organização e supervisão das atividades que estão sendo executadas e na avaliação do impacto que estas produzem, portanto, o CD possui a responsabilidade técnica-científica pelas ações educativas e preventivas (BRASIL, 2004).

A Estratégia Saúde da Família propõe-se a trabalhar com questões de saúde de um modo interdisciplinar, e isto só pode ser possível se a equipe de saúde da família possuir um aporte de conhecimento que sustente tal proposta. Pires et al. (2007), realizaram

uma pesquisa que envolveu 52 ACS e 8 CD de 8 equipes de saúde da família de um município do interior de São Paulo. Em relação especificamente aos ACS, investigaram o conhecimento dos mesmos sobre saúde bucal, uma vez que apesar da ampla literatura sobre o papel do ACS em termos mais gerais, são escassos os trabalhos que tratam da temática da saúde bucal, fato que talvez se justifique por possíveis problemas específicos da odontologia em relação à Estratégia Saúde da Família, tendo em vista a sua dificuldade de inserção, evidenciando-se a necessidade de reorientação da formação do CD para atuar nesta estratégia. Em relação à investigação desses autores, o objetivo com os ACS foi o de levantar o seu grau de conhecimento sobre saúde bucal. Após a análise dos resultados concluíram que o conhecimento dos ACS não era suficiente para atuarem nas questões educativas e preventivas em saúde bucal, mas que estes sabiam que a saúde bucal era importante para o desenvolvimento de seu trabalho junto a comunidade e que precisavam de capacitação não só nesta área, mas também em todas as atividades que devem desempenhar. Para esses autores a capacitação dos ACS deve ser processada de modo a lhes proporcionar atitude crítico-reflexiva em todas as questões pertinentes ao seu trabalho, assim como ao trabalho dos demais membros da equipe de saúde da família.

Brandão Neto et al. (2009) realizaram no ano de 2009, uma capacitação com ACS da Unidade Básica de Saúde do Córrego do Jenipapo, bairro da cidade do Recife. O método utilizado para esta capacitação foi o do Círculo de Cultura, baseada nos pressupostos educativos de Paulo Freire. Este método substitui a ideia tradicional de ensino em ‘sala de aula’, onde quem sabe disponibiliza as informações e os educandos escutam, anotam e depois tentam memorizar os conteúdos. O Círculo de Cultura visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, na valorização dos saberes populares e na consciência crítica da realidade, onde o educador não atua como professor(a), mas sim, como animador(a), que leva em consideração as potencialidades do grupo, e não se limita somente a ensinar, mas também tem interesse de aprender com todos do grupo. Na avaliação posterior a essa capacitação, os depoimentos colhidos junto aos ACS permitiu concluir que estes entendem a importância e necessidade de uma educação permanente. Isto porque ao passarem a desenvolver suas atividades educativas junto a comunidade, se sentiram mais capacitados e com mais confiança para desempenhar com qualidade suas atividades educativas. Um fato destacado pelos autores é que a capacitação de ACS possibilita que estes atuem como a voz da comunidade dentro das UBS, trazendo seus anseios, suas necessidades e expectativas.

Convém se destacar que além da capacitação dos ACS existem outras dimensões importantes a serem consideradas quando se discute as expectativas de atuação desses profissionais. Há que se ter um processo seletivo que realmente seja capaz de identificar se o candidato tem perfil para atuar junto à população, assim como que o curso introdutório seja capaz de capacitá-lo para as tarefas que irá executar e que a Secretaria Municipal de Saúde invista na educação permanente de todos os seus profissionais. No que diz respeito à supervisão dos ACS, que os profissionais de nível superior levem em conta que os mesmos ao desenvolverem seu trabalho lidam tanto com a dimensão técnica do trabalho em saúde, que pende para o polo institucional, quanto com a dimensão política, que tende para a comunidade diante das situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até mesmo com o seu posicionamento pessoal frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Esse envolvimento pessoal com as demandas da população poderá gerar um desgaste emocional com o seu trabalho. Considerando-se esses fatores, há necessidade então de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que os apoiem integrando as diferentes dimensões de sua atuação (SILVA; DALMASO, 2002).

IC- Visita domiciliar (Ac-2, Ac-3, Ac-4, Ac-7, Ac-8, Ac-9, Ac-10, Ac-11)

DSC 9 - “O dentista realiza visita domiciliar, para atender pessoas acamadas ou que não conseguem ter acesso à unidade de saúde, dando uma atenção para o paciente, tentando solucionar o seu problema. No caso dos pacientes portadores de prótese ensina o cuidador a realizar a higiene bucal da peça protética e dos dentes remanescentes”

O conteúdo desse discurso evidencia que os acadêmicos, em seus estágios na rede de atenção básica, tiveram a oportunidade de experienciar ou pelo menos terem o conhecimento de que este tipo de atividade também é realizada pelo CD. Do que foi relatado pelos acadêmicos se pôde observar que a maioria participou de visita domiciliar com a presença do CD, e outros somente com a presença de enfermeira, médico, ou com a presença do ACS. No entanto, em termos de saúde bucal puderam presenciar durante as visitas que o profissional de saúde presente, quando necessário, fez orientações ao paciente ou a seu cuidador sobre a higienização de prótese dentária.

De acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 645)) “a assistência domiciliar à saúde tem sido integrada ao exercício da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de acesso da atuação

profissional em saúde à comunidade e ao domicílio, ambiente de vida dos pacientes e familiares”. Para estas autoras, a visita domiciliar se traduz na forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população. Sabendo o que acontece, onde e como acontece, os profissionais poderão planejar ações que visem resolver as diferentes necessidades de saúde das pessoas. Esta proximidade de atuação dos profissionais junto do modo e condições de vida da população é que permitem o estreitamento de laços que por sua vez poderão estabelecer vínculos com a comunidade. A questão do vínculo é importante, uma vez que possibilita a credibilidade da população nos serviços de saúde.

Para Lacerda et al. (2006), em seu artigo de revisão de literatura, atualmente no Brasil a assistência domiciliária à saúde é um modelo em processo de expansão e tem despontado como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, independente deste tipo de atividade se desenvolver no âmbito público ou privado. No entanto, tipificam a assistência domiciliária sob quatro pontos de vista: como atenção domiciliar, como atendimento domiciliar, como internação domiciliar e como visita domiciliar. Apesar da complementaridade entre as quatro modalidades, é preciso que os profissionais as tenham bem claro, pois cada uma possui peculiaridades e características que as distinguem. O entendimento por parte dos profissionais não se deve apenas a questões de operacionalização dos serviços de saúde, mas também para sua orientação na execução das práticas profissionais, agindo todos em uma mesma lógica.

No que diz respeito especificamente à visita domiciliar, a conclusão destas autoras é de que esta modalidade pode fornecer subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É nas visitas que o profissional pode captar a realidade de vida das pessoas, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de vida e de saúde. Em relação ao atendimento domiciliar, este se caracteriza como um conjunto de ações que “busca a prevenção de um agravamento à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou sequela” (LACERDA, et al., 2006, p. 96).

Para o Ministério da Saúde, as atividades voltadas à visita domiciliar possuem duas vertentes: a primeira se destina a monitorar a situação de saúde das famílias segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco, podendo então verificar-se como a família se encontra estruturada, suas condições de vida, os aspectos

culturais, suas crenças e seu entendimento dos condicionantes do processo saúde doença; e a segunda, destinada à demanda por atendimentos pontuais para resolver problemas de saúde de pessoas que não conseguem se locomover até uma UBS (BRASIL, 1997b). Portanto, a visita domiciliar para o Ministério da Saúde engloba o monitoramento e o atendimento pontual.

A visita domiciliar ao colocar os profissionais que dela participam de frente com a realidade de vida e de saúde das pessoas, como suas condições de vida, seus valores e seus hábitos, pode se traduzir em um espaço pedagógico, pois permite na prática uma compreensão real do que está acontecendo, possibilitando assim um aprendizado contínuo a cada nova visita. Em cada nova situação há sempre uma história que deve ser analisada. Convém se destacar que é preciso que os profissionais tenham consciência das diferenças sociais e culturais que existem entre si e as pessoas as quais estão visitando, e por isso, necessitam escutar as queixas das pessoas com atenção e analisar quais as recomendações que efetivamente poderão ser assimiladas e adotadas pelos membros de cada família na resolução de seus problemas (BRASIL, 2004).

A figura principal nas visitas domiciliares de monitoramento são os ACS, devendo os mesmos realizar pelo menos uma visita mensal a cada família residente em sua área de atuação, podendo assim trazer informações importantes para os profissionais da equipe de saúde da família para que discutam os casos relatados e tomem as providências cabíveis que cada caso requer.

Em relação às atividades do CD na Atenção Básica, a visita domiciliar foi uma das mais citadas nos relatos dos acadêmicos. Talvez isto se deva pelo fato de ser uma atividade totalmente fora da rotina de aprendizado dos acadêmicos dentro do seu curso, sendo, portanto, algo bem diferente do que estão acostumados a vivenciarem, ou até mesmo, os tenham marcado por se tratar de uma atividade que pode proporcionar o contato direto com a realidade de vida da comunidade, os sensibilizando no sentido de tentarem realizar algo relevante em prol da saúde do seu próximo.

Em se tratando da presença física do CD nas visitas domiciliares, o que mais observaram foi o atendimento à pessoa acamada na tentativa de diminuir seu sofrimento, com um tratamento mais paliativo e esclarecendo aos cuidadores a importância da higiene bucal do acamado, e quando necessário, das próteses dentárias desses pacientes. Este fato evidencia que nas UBS, onde os estágios são realizados, esta atividade vem tendo demanda e recebendo a devida atenção,

beneficiando àquelas pessoas que naquele momento se encontram incapacitadas para se deslocarem até a UBS para receberem algum tipo de atendimento, e que por sua vez torna esse cenário de prática propício para a formação mais qualificada dos acadêmicos.

Esta experiência vivida pelos acadêmicos com as visitas domiciliares se encontra de acordo com o preconizado no Protocolo de Atenção Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis. Este documento em seu item “Sistema de Agendamento de Consultas nas UBS”, deixa evidente que o agendamento das atividades da equipe de saúde bucal seguirá o planejamento e programação local levando em conta as necessidades da população, e que as atividades a serem desenvolvidas devem incluir as visitas domiciliares. Também neste documento, se encontra previsto nas atribuições específicas do CD fazer o acompanhamento da população, dando apoio à mesma com o desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal, de preferência com a participação de outros membros da equipe de saúde da família, na tentativa de uma participação multidisciplinar e até mesmo interdisciplinar (Secretaria Municipal de Saúde, 2010).

O conteúdo desse Protocolo foi redigido buscando atingir a realidade de vida e de saúde da população do município de Florianópolis, mas respeitando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, evidenciando entre seus fundamentos a necessidade da efetivação da integralidade em todos os seus aspectos, como a articulação das ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, o tratamento e a reabilitação, o trabalho realizado de forma interdisciplinar e em equipe, e a coordenação do cuidado na rede de serviços (Secretaria Municipal de Saúde, 2010; BRASIL, 2012).

É também relevante se destacar a importância do trabalho em equipe desenvolvido nas visitas domiciliares, o que pôde proporcionar aos acadêmicos o contato com outros profissionais, verificando na prática o modo como se relacionam, como colaboram uns com os outros e como se respeitam.

No que diz respeito especificamente ao CD, puderam verificar que o mesmo não apenas se encontra realizando algo diferente da sua atividade rotineira na clínica odontológica, mas que também faz parte da equipe de saúde da família, onde pode interagir com os demais profissionais, algo até então impensado para o acadêmico, pois na maioria da carga de aprendizado de seu curso o que mais experiência é a aquisição de habilidades clínicas dentro de um consultório odontológico.

Esta experiência/vivência dos acadêmicos no processo de sua formação se encontra amparada nas Diretrizes Curriculares Nacionais, onde se prevê que a formação possibilite um CD que saiba trabalhar em equipe, e que além das atividades inerentes à clínica, também saiba realizar ações de promoção da saúde e de proteção à saúde bucal (BRASIL, 2002).

Para aqueles acadêmicos que não fizeram parte deste discurso, não se pode atestar que não saibam que este tipo de atividade faça parte da rotina de trabalho do CD na Atenção Básica ou até mesmo que não tenham nenhum conhecimento a respeito da visita domiciliar. A não citação desta atividade provavelmente se deva ao fato de não terem tido a oportunidade de a experimentar, uma vez que se tem visto no cotidiano dos dias de estágio, é que inúmeras visitas domiciliares se realizam em outros dias e horários que não aqueles onde se encontram nas UBS, o que inviabiliza a sua participação e não lhes permite uma percepção mais próxima de realidade de vida e de saúde das pessoas.

Em relação específica à saúde bucal, a ampliação e qualificação das ações podem ser otimizadas pelos membros da equipe de saúde bucal através do planejamento e da execução de atividades do que é possível às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção. É durante estas visitas que a equipe poderá identificar não só o problema que demandou a visita, mas também se há outros fatores de risco que exponham os familiares, podendo então tomar providências para promover o acompanhamento necessário, ou o encaminhamento à UBS para o devido tratamento odontológico (BRASIL, 2004).

Em termos práticos do impacto da visita domiciliar sobre a saúde das pessoas, a pesquisa realizada por Albuquerque e Bosi (2009) visando levantar dados sobre a visita domiciliar em seus vários aspectos, foi percebida do lado dos usuários como algo esporádico, mas por parte dos profissionais como momentos de sentimentos e inquietudes das pessoas, o que lhes possibilitou uma melhor compreensão das demandas destas pessoas, fato que favoreceu de modo mais forte a vinculação profissional-população do que aquela obtida rotineiramente quando da realização das atividades dentro das UBS. Esta vinculação é altamente necessária quando se quer que a população adote práticas saudáveis de vida. Para estes autores, a plena atenção à saúde na questão do cuidado domiciliário tem que levar em conta a integralidade, a humanização do atendimento e a atividade centrada no usuário e sua família.

IC - O trabalho coletivo em saúde com grupos (Ac1, Ac6, Ac8, Ac9, Ac10, Ac12)

DSC 10 - "O dentista atua em grupos de educação em saúde, como o de adolescentes, tabagistas, gestantes e de bebês. No grupo de bebês o contato direto com a mãe e às vezes o pai, permite a demonstração direta da importância da saúde bucal"

Este discurso evidencia que os acadêmicos valorizam esta estratégia como modo de se fazer educação coletiva, possivelmente por terem participado de algum tipo de grupo, podendo ver na prática como o CD se relacionava com as pessoas e como estas se mostravam interessadas nos temas que ali eram discutidos. No que se refere à saúde bucal, tudo indica que estes acadêmicos puderam participar em algum momento do grupo de mães com seus bebês e que acharam como um momento importante para que os responsáveis pela criança pudessem tirar suas dúvidas, e até mesmo com a aquisição de novos conhecimentos, passarem a incorporar hábitos mais saudáveis na vida de seus filhos. Outro fato que reforça este entendimento, é que a participação dos acadêmicos neste tipo de grupo se deu de forma concreta, uma vez que além de escutarem o CD debater com os participantes as questões de saúde bucal, também acabaram por auxiliar o CD no momento da realização do exame da boca dos bebês, assumindo esta tarefa e fazendo orientações individuais aos responsáveis de como higienizar a boca da criança. Acredita-se que ao não destacarem outros grupos dos quais participaram, a explicação possa ser dada pelo fato das suas participações terem ocorrido de forma mais passiva, apenas como ouvintes, não os deixando tão entusiasmados.

O trabalho com grupos é uma das atividades previstas para a atenção à saúde da população a ser executada na atenção básica. Trata-se de uma estratégia que possibilita a atuação da equipe de saúde da família com o objetivo de oportunizar de forma coletiva o contato direto dos usuários com os profissionais, aproveitando-se aquele momento para atingir maior número de pessoas. Além disso, permite aos participantes poderem se aproximar mais dos profissionais da saúde, o que pode favorecer a criação de vínculo e estabelecer a confiança dos usuários no sistema de saúde. Possibilita também que as pessoas possam emitir suas opiniões mostrando como pensam e como agem, e até mesmo nestas exposições ajudar outros integrantes que estão passando pelos mesmos problemas.

Para Dias, Silveira e Witt (2009), uma das alternativas para o desenvolvimento das práticas assistenciais na atenção básica é o trabalho com grupos. A importância desta estratégia está no fato de poder favorecer o aprimoramento de todos os seus integrantes, tanto no

aspecto pessoal como no profissional, pois possibilita a valorização dos diversos saberes e a intervenção de forma criativa no processo de saúde-doença.

A atividade com grupos se encontra inserida em documentos oficiais do Ministério da Saúde como na Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que entre seus fundamentos se encontra o desenvolvimento de atividades que possibilitem o estabelecimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adscrita, para garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. No texto da Política Nacional de Saúde Bucal, há referências das competências do CD com a realização da atenção integral à saúde bucal tanto na forma individual quanto coletiva, atingindo famílias e grupos específicos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde dispõe as bases para um novo modelo de atenção, com a adoção de novas tecnologias nas quais os processos de educação e de comunicação social são parte essencial em qualquer nível ou ação, para possibilitar uma compreensão globalizadora, e para fundamentar a negociação necessária à mudança (BRASIL, 1997a).

O Ministério da Saúde em seu documento Bases para a Educação em Saúde nos Serviços, considera que as práticas de educação em saúde podem ser desenvolvidas em 3 dimensões: da expressão do fenômeno saúde/doença pela qual se busca compreender porque e como os problemas ocorrem; da educação em saúde onde há a formulação das políticas públicas saudáveis; e das singularidades dos sujeitos sociais e suas representações sobre saúde e doença, onde através da ação comunicativa é possível dar direção e sentido para as ações em saúde (BRASIL, 2008b)

Este mesmo documento enfatiza que para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde nos serviços há a necessidade da compreensão da educação como uma condição essencial para que se questione o mundo e também se possa refletir sobre a inserção do ser humano em nosso mundo, questionando-se o porquê das coisas e buscando-se as transformações necessárias tanto no plano individual como no coletivo. A prática educativa nesta lógica vai depender: da vontade do indivíduo que é a curiosidade crítica, do seu inconformismo, das suas dúvidas, e do querer mudar; também da autonomia que é um processo de decisão e humanização; da emancipação que decorre de uma intencionalidade política declarada e assumida por todos os comprometidos com a transformação das condições e de situações de

vida e existência dos oprimidos; do diálogo em roda, sem hierarquia, com os saberes do mundo, com a confiança, com a disposição para construir; e da amorosidade/afetividade que é gostar de, estar com, ter respeito ao outro, a convivência com a diversidade (Ibid., 2008b).

Em relação à educação de forma coletiva, esta deverá ser realizada com a finalidade produzir novos sentidos, com uma prática que objetive a construção de significados para as informações que são comunicadas, por meio de atos pedagógicos com potencialidade para produzir subjetividades com o sentido de mudança, desencadeando a mobilização consciente para a ação. Também é necessário que se considere o plano das práticas institucionais, com o envolvimento de toda a equipe de saúde, exercitando o agir educativo, decorrente de práticas pedagógicas participativas e dialogadas entre os serviços e a população, que contribuam também para formatar instituições mais abertas e flexíveis ao modo de vida das pessoas. A educação em saúde deve se fazer presente nas rodas de conversa em grupo, nas salas de espera, no acolhimento e no encontro entre usuário e profissional, onde as práticas pedagógicas comunicativas constroem a vontade coletiva, motivam a participação, suscitam novas subjetividades nas pessoas em relação à sua saúde, à doença e aos serviços de saúde (Ibid., 2008b).

De acordo com Traesel et al. (2004), o grupo, dentro da atividade de educação em saúde, pode ser definido como um conjunto de pessoas movidas pelas mesmas necessidades, as quais se reúnem com um fim comum. Porém, mesmo tendo um objetivo em comum, o grupo é formado por indivíduos singulares, desta forma se faz necessário respeitar as diferenças de cada participante para que possa haver a construção do grupo com o qual se está desenvolvendo este tipo de atividade.

Quando bem conduzidos, os grupos se revestem de grande importância uma vez que podem facilitar a comunicação dos profissionais de saúde com os usuários das UBS. Trabalhos com grupos podem trazer bons resultados para o manejo clínico de determinadas doenças, possibilitando aos integrantes se sentirem mais acolhidos e com isso deixarem de lado a inibição, passando então a expor e dividir suas experiências no manejo da doença que se encontra em discussão. Possibilita também que tirem suas dúvidas e que questionem aquilo que ainda não sabem. Outro fato que pode ser positivo é a possibilidade das pessoas do grupo passarem a se conhecer melhor, a se respeitarem e a se ajudarem mutuamente, com isso poderão se organizar para buscar nos setores competentes os recursos e serviços que tenham mais necessidade (BRASIL, 2010a).

Convém se destacar que para que essa prática seja efetiva é necessário que o profissional de saúde leve em conta alguns fatores: no que diz respeito ao processo de comunicação com os usuários, que a linguagem seja clara, com o uso de palavras menos técnicas possíveis, e mais próximas da cultura daquela comunidade; que tenha conhecimento da realidade de vida das pessoas com quem vai trabalhar; que perceba os indivíduos como seres relacionais, com toda a sua subjetividade, permitindo que se apropriem do conhecimento técnico, sem a descaracterização de seus saberes populares. Só assim as pessoas serão capazes de intervir em sua própria realidade de forma consciente e eficaz (Ibid., 2010a).

Outro fato a ser considerado é que existem objetivos distintos que caracterizam os vários grupos. Há grupos destinados a oferecer suporte, outros a realizar tarefas, a socializar, a melhorar a capacidade do autocuidado ou a oferecer psicoterapia. O coordenador de cada tipo de grupo deve estar preparado para a condução do seu grupo.

O método a ser utilizado deve estar baseado em regras previamente definidas com os participantes, podendo a coordenação ser fixa ou rotativa. Dependendo do tipo de grupo, pode-se usar oficinas, palestra-discussão, debate, etc. O coordenador deve estar preparado para no início de seu grupo sentir as pessoas ainda não convencidas de que a sua participação é importante e de que esta estratégia é efetiva. O tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva, portanto, deve considerar que o número de integrantes permita que todos se manifestem e se sintam assistidos. Por isso, deve procurar criar um ambiente que dê segurança e conforto aos participantes. Outro fator preponderante é o tempo de duração e a frequência dos encontros. Estima-se que o tempo ideal se situe entre 60 a 120 minutos por sessão, e a periodicidade de encontros seja de uma vez por semana, o que permitirá que as pessoas possam em suas casas processar aquilo que se discutiu e elaborar seus pensamentos (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Convém lembrar que apesar do funcionamento de um grupo não requerer a presença de todos os profissionais da equipe de saúde, o planejamento do mesmo deve ser realizado por todos, uma vez que este tipo de atividade tem o objetivo de tentar educar a população para a prevenção de doenças e agravos em saúde em geral, ou resolver problemas já estabelecidos, assim como criar usuários para o encaminhamento aos demais níveis assistenciais de complexidade.

Em relação ao CD, este tem como uma de suas atribuições específicas dentro da equipe de saúde da família, a responsabilidade de

coordenar ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, bem como, participar das mesmas. Entre as formas possíveis de realizar estas ações encontra-se o trabalho com grupos (BRASIL, 2012).

Na normatização para procedimentos coletivos, dada pelo Protocolo de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, está previsto o desenvolvimento das atividades de grupos, quer sejam com gestantes, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos, fumantes e outros que possam ser necessários para atender a clientela da área de abrangência da UBS. No tocante à saúde bucal, a equipe de saúde bucal poderá abordar conteúdos específicos desta área que achem pertinentes às necessidades de cada grupo. Especificamente no grupo de bebês entre os temas que deverão ser abordados, encontram-se o aleitamento materno, o uso de bicos e chupetas, a transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie, a higiene da boca do bebê, a dieta do bebê e o uso de fluoretos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

IC- A recuperação da saúde bucal (Ac7, Ac8, Ac9, Ac11, Ac12)

DSC 11 - “O dentista tem de 75 a 80% de seu tempo de trabalho para promover o atendimento clínico, realizando a reabilitação bucal dos pacientes, e o restante para as atividades coletivas”

Fica evidente através dos relatos dos alunos que eles têm conhecimento da distribuição da carga horária semanal do CD dentro da ESF na UBS, tanto das atividades clínicas dentro do consultório odontológico como da parte destinada para as atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde.

A importância do CD nas atividades dentro do consultório odontológico é inerente a sua formação, uma vez que a maior carga horária de ensino se encontra voltada para a promoção do diagnóstico e na execução da recuperação bucal dos pacientes, e também pelo fato somente deste profissional deter o conhecimento e destreza técnica tão necessárias para esses procedimentos.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica uma série de atribuições específicas são atribuídas ao CD, dentre as quais a realização dos procedimentos clínicos para os usuários agendados, incluindo também o atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais que possam ser realizadas na atenção básica (BRASIL, 2012),

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal destacam que o processo de trabalho do dentista requer uma adequação do seu modo de agir a um modelo de atenção que seja capaz de ampliar e qualificar a

assistência odontológica, na procura de garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, obtendo-se maior resolutividade e evitando-se o agravamento e sequelas das doenças bucais. Dessa forma, as consultas devem ser disponibilizadas com tempo suficiente e adequadas à complexidade de cada tratamento. O tempo de trabalho diário do CD deve se situar de 75% a 85% destinados ao atendimento odontológico (BRASIL, 2004).

Mesmo dentro do consultório, o CD no desenvolvimento das atividades clínicas, juntamente com os seus auxiliares, deve atuar de maneira integral na saúde através da pactuação com o paciente para que o mesmo adote hábitos saudáveis que possam lhe permitir a prevenção de doenças bucais e a manutenção da saúde após o processo de recuperação.

Outro fato importante é a organização da demanda, onde o CD deve estar atento para a demanda programada e também oferecer diariamente um número de consultas que possa dar conta da demanda espontânea, principalmente para os casos de urgência. Portanto, cabe ao dentista não somente realizar procedimentos clínicos, mas também gerenciar a entrada dos pacientes na clínica e o seu próprio fluxo, uma vez que os casos que necessitem de tratamento especializado devem ser encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas, ou nível hospitalar.

A mudança de paradigma do modelo tradicional centrado na assistência clínica para tratar problemas de saúde, para o da Promoção da Saúde centrado em ações voltadas a oferecer condições de saúde à população, fruto da política do SUS, estabeleceu a proposta da reorientação tanto da prática assistencial como do processo de trabalho dos profissionais que trabalham na atenção básica do sistema público de saúde. Esta mudança possibilitou que o enfoque passasse do puramente assistencial para o de atenção à saúde, no qual o princípio da integralidade se tornou um dos eixos condutores.

De acordo com Narvai (2002), o termo assistência encontra-se relacionado ao conjunto de procedimentos de características clínicas exigidos para a recuperação da saúde de caráter individual. Por outro lado, o termo atenção à saúde tem uma característica mais ampla, uma vez que envolve um conjunto de ações, incluindo a própria assistência individual, com o objetivo de manter a saúde de grupos populacionais de forma coletiva. Essas ações podem ser àquelas de responsabilidade do setor saúde como a difusão em massa de informações, ações educativas e de prevenção, até àquelas de caráter intersetorial como a geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.

Apesar desta mudança, a recuperação da saúde bucal através do tratamento clínico odontológico não deixou de ser importante e necessária, uma vez que as necessidades da população em saúde bucal representam uma realidade, principalmente entre as pessoas mais vulneráveis residentes nas comunidades mais carentes. As ações de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais não são suficientes para restabelecer o quadro de saúde da população, pois o quadro epidemiológico brasileiro em saúde bucal brasileiro mostra necessidades de recuperação em todas as faixas etárias.

Este panorama fica comprovado pelo último levantamento epidemiológico efetuado pelo Ministério da Saúde no território nacional, que mostrou necessidades de recuperação da saúde bucal principalmente em dentística, periodontia e prótese dentária. Na idade de doze anos, por exemplo, o CPO-D foi de 2,07 mostrando boa parte do componente O como dentes a serem ainda tratados. Nessa mesma idade, em relação as oclusopatias, 38,8% apresentaram problemas de oclusão, sendo que 19,0% das crianças tinham oclusopatia severa ou muito severa. Nos adultos, na faixa etária de 35 a 44 anos, se observou uma prevalência de 19,4% com necessidades de tratamento periodontal. No que diz respeito a reabilitação, 68% dos adultos em geral tem necessidade de algum tipo de prótese, sendo que 41,3% a demanda é por prótese parcial em um dos maxilares. Nos idosos de 65 a 74 anos, mais de 3 milhões tem necessidade de prótese total nas duas arcadas dentárias, e outros 4 milhões precisam de prótese parcial pelo menos em uma das arcadas (BRASIL, 2010b).

A qualidade de vida das pessoas se encontra fortemente relacionada às suas condições de saúde. Problemas de saúde bucal, como a doença cárie, a doença periodontal, as fissuras nasopalatinas, as oclusopatias, o câncer de boca, e os traumatismos dentários etc., podem causar prejuízos funcionais e estéticos. O tratamento recuperador/reabilitador poderá melhorar, além das condições de saúde bucal, a restituição da autoestima do indivíduo, possibilitando que se relacione com outras pessoas e viva de maneira harmônica com o meio à sua volta (PEREIRA, 2010).

Outro fato que deve ser levado em consideração é que as ações de promoção da saúde e de prevenção ficam mais fáceis de serem executadas se as necessidades de recuperação da saúde forem solucionadas. Quando o indivíduo se encontra com a sua saúde restabelecida, ele encontra-se mais receptivo a adoção de novos hábitos e comportamentos.

Baia e Salgueiro (2000) em seu trabalho pela Universidade Federal de Alagoas desenvolveram um programa educativo e preventivo em saúde bucal, associado com uso da técnica restauradora atraumática, em 30 crianças de ambos os sexos, com idades de 4 a 7 anos. O objetivo era avaliar o grau de aceitação da técnica pelos pacientes e analisar as alterações ocorridas na microbiota oral pós-tratamento. Ao final concluíram que obtiveram 98% de participação e motivação das crianças, concluindo que a incorporação de atitudes positivas em saúde bucal por parte das pessoas é dependente do atendimento das necessidades bucais que mesmas apresentam, pois com o restabelecimento da saúde bucal ficou facilitada a aquisição de novos hábitos saudáveis.

Convém se destacar que a responsabilidade profissional do CD na atenção básica em termos de recuperação e de reabilitação da saúde bucal de determinados pacientes, não se limita ao atendimento dos usuários na rede básica de saúde. Os pacientes que possuem necessidades de atendimento de maior complexidade deverão ser encaminhados aos Centros de Especialidades. Para que tal possa acontecer de forma racional, o Ministério da Saúde elaborou em 2008 o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, como uma forma protocolar para cada tipo de especialidade. Os CEO normalmente apresentam as especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com necessidades especiais, e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Alguns municípios brasileiros já estão disponibilizando quer seja no CEO ou em UBS, o fornecimento do serviço de prótese dentária. O Manual enfoca ainda as especialidades de Estomatologia, Ortodontia e Ortopedia, e Implantodontia. O trabalho do CD na atenção básica é iniciar o atendimento do paciente que será referenciado, restabelecendo ao máximo a saúde bucal do mesmo, para então dentro dos critérios estabelecidos no Manual fazer o devido encaminhamento. Enquanto o paciente estiver em tratamento especializado e após a conclusão deste tratamento, o CD e sua equipe de saúde bucal deverão fazer o monitoramento do paciente (BRASIL, 2008a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Curso de Odontologia da UFSC, vem possibilitando a inserção e formação dos acadêmicos de odontologia em cenários de práticas que permitem o contato direto com a realidade de vida e de saúde da população.

Os estágios dos acadêmicos na rede de saúde de Atenção Básica, segundo os resultados apresentados por esta pesquisa, demonstra que o aprendizado em serviço possibilita verificar na prática tanto o processo de trabalho como a prática profissional das equipes de saúde da família, especificamente no que se refere às atribuições do CD.

Apesar dos cenários de prática serem próprios para o processo ensino-aprendizagem em serviço, a aderência ao campo conceitual do SUS por parte destes estagiários, pode ser considerada como básica, uma vez que não se mostrou integral principalmente no que diz respeito aos princípios doutrinários e diretrizes organizativas do SUS.

No que se refere às atribuições do CD dentro da Estratégia Saúde da Família, os acadêmicos conseguem estabelecer uma relação mais concreta entre a teoria e a prática. No entanto, esta ainda pode e deve ser ampliada, podendo capacitá-los com mais qualidade para uma ação futura enquanto profissionais.

Recomenda-se pelos resultados obtidos, que os professores das disciplinas envolvidas nos estágios em conjunto com os cirurgiões dentistas que atuam como preceptores dos acadêmicos estagiários, utilizem momentos do processo ensino-aprendizagem para promoverem discussões crítico-reflexivas entre as atividades realizadas e o campo conceitual do SUS.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Percepções de usuários no unicípio de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1103-1112, mai. 2009.

AQUILANTE, A.G. et al. A Importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 39-45, jan./jun. 2003.

BAÍA, K. L. R.; SALGUEIRO, M. C. Promoção de saúde bucal através de um programa educativo-preventivo-curativo utilizando a Técnica Restauradora Atraumática (ART). **Revista ABO Nacional**, v. 8, n.2, p.98-107, abr./maio 2000.

BRANDÃO NETO, W. et al. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde: Uma experiência a partir de círculos de cultura. In: Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (SENABS), 2º, 2009, Recife-PE. **Anais do 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde**. Recife: ABEn, 2009, p. 162-164.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília, 1990c.

_____. Ministério da Educação. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS.** Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde:** princípios e conquistas. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.** Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p. 10, 4 mar. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a

descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Orientações para Conselheiros da área de Assistência Social / Tribunal de Contas da União** – Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Bases para a educação em saúde nos serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008c. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos HumanizaSuS, v. 2, Atenção Básica. Brasília-DF, 2010a.

_____. **SB BRASIL 2010**. Brasil, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>>. Acesso em: 23 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

CAMPOS, G.W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.75-89.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 535.

CARVALHO, A. C. P. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 7-13, 2004. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos/pdf/2004/007_013_carv.pdf>. Acesso em: 02 out. 2011.

CARVALHO, A. C. P. de. Ensino de Odontologia no Brasil. In: CARVALHO, A. C. P. de; KRIGER, L. **Educação odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CARVALHO, A. T. F. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde. In: BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S. **A formação em Saúde da Família uma estratégia na consolidação do SUS**: Uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução de 196/96. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm#pesq>>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 3-4, set./dez. 2004.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviços/arquivos>>. Acesso em: 28 de setembro de 2012.

FANTINATO, R. A. et al. Controle Social: elementos significativos no processo de mobilização da comunidade para a efetivação do Conselho Local de Saúde. In: BUCHELLE, F.; COELHO, E. B. S. **A formação em saúde da família**: Uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010. p. 373.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, Simone Ribeiro. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 70-75, 2004.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-53, out./dez. 2006.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade**; v.13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

GONTIJO, J. F. **Ministério Público, Controle Social e Orçamento Criança e Adolescente**. 2008. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

KELL, M. C. G. **Integralidade da atenção à saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>>. Acesso em junho de 2011.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.88-95, mai./ago. 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDCUCS, 2003.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-48, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; M., R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ: ABRASCO. p. 39-64, 2001.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S. J. 2008. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção de Saúde (Opinião). **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, v.16, n.1, p.10-13. 2008

NARVAI, P. C.. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em SILOS - Sistemas Locais de Saúde". Rede CEDROS, 1992. (mimeo)

NARVAI, P. C. **Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-1992**. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP. 1993.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42.

PEREIRA, A. L. **Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Campos Gerais: UFMG, 2010.

PIRES, R. O. M. et al. O conhecimento dos Agentes Comunitários sobre saúde bucal: Uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n.3, p. 325-334, jul./set. 2007.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva** /Ângelo Giuseppe Roncalli - Araçatuba: [s.n.], 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SÁ, L. O.; VASCONCELOS, M. M. V. B. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental – Revisão de Literatura. **Odontologia Clínica – Científica**, Recife, v.8, n.4, p. 299-303, out./dez., 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis, 2010.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p.75-94, fev. 2002.

SILVA, G. E.; ALFRADIQUE, C. N. **A Importância da participação popular como forma de controle social de obras públicas e exercício da democracia.** 2005. Disponível em: <<http://www2.tce.pr.gov.br/xisinaop/Trabalhos/Import%C3%A2ncia%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20popular.pdf>>. Acesso em: 09/09/2012.

TRAESEL, C. A. et al. Educação em saúde: Fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO, Túlio Batista. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004. p. 113-114.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro Ciências da Saúde. Coordenadoria do Curso de Graduação em Odontologia. **Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis, 2006.

VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **Revista Faculdade Odontologia São José dos Campos.** São José dos Campos, v.4, n.3, set./dez. 2001.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ZELENOVSKY, M. A. F. **O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle.** Curso de Especialização em Direito Público e Controle Externo para Analistas do Tribunal de Contas da União. Brasília, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

Você teve a oportunidade de experienciar em seus estágios na rede de saúde de atenção básica, vários tipos de atividades que normalmente o dentista do Centro de Saúde realiza em prol da saúde da população. Estas atividades devem estar contidas e suportadas pelo referencial teórico do SUS.

Questão n.º1: Levando-se em consideração os princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade, quais as atividades que no seu entender atenderam estes princípios? Procure argumentar com exemplos a sua resposta.

Questão n.º 2: Na mesma linha de raciocínio, que atividades você exemplificaria que atenderam às diretrizes organizativas do SUS, de Regionalização e Hierarquização, Descentralização e do Controle Social?

Questão n.º 3: Dentro do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, com a substituição do modelo hegemônico de assistência médica pelo modelo de atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família, que atividades experienciadas por você poderiam ser classificadas como atribuições do dentista da equipe de saúde da família?

APÊNDICE - B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo intitulado “Sistema Único de Saúde: a formação de acadêmicos de Odontologia da UFSC, na rede de saúde de atenção básica do município de Florianópolis”, será realizado com os acadêmicos da nona e décima fases do curso de Odontologia da UFSC, no segundo semestre de 2011. A pesquisa será conduzida pela aluna de graduação do curso, Vanessa Salenave Becker, da 8.^a fase, sob orientação do professor Calvino Reibnitz Júnior. A análise dos dados levantados será através do método qualitativo, com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O objetivo é verificar entre os acadêmicos a aderência do campo conceitual do Sistema Único de Saúde em suas práticas de estágios nas unidades básicas de saúde da rede pública do município de Florianópolis.

A obtenção dos dados desta pesquisa será feita através da gravação dos depoimentos dos participantes em entrevistas individuais, exigindo a autorização para uso deste aparelho.

Trata-se de uma pesquisa sem riscos para o participante, uma vez que a guarda dos dados será feita pela pesquisadora, ficando também garantido o sigilo da sua identidade e a confidencialidade dos dados levantados, além do livre acesso a transcrição de seu depoimento (se assim o desejar), como também do direito de desistência a qualquer momento da pesquisa por contato verbal, telefonema ou e-mail. Apesar dos resultados não proporcionarem contribuições diretas aos participantes, serão de suma importância, uma vez que poderão contribuir para mudanças que se façam necessárias no desenvolvimento das disciplinas que possibilitam os estágios dos alunos na rede básica de saúde municipal, Interação Comunitária VI, VII e VIII, visando capacitá-los de forma mais qualitativa.

Eu, _____, após ter conhecimento do método e objetivo da presente pesquisa, declaro participar voluntariamente da mesma e aceitar a estratégia de gravação proposta.

Florianópolis, _____ de _____ de 2011

Ass.: _____

APÊNDICE - C

Florianópolis, ____ de _____ de 201__

Da: Graduanda Vanessa Salenave Becker

Para: Prof^a. Dr^a. Graziela de Luca Canto

Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia - UFSC

Prezada Coordenadora

Eu, Vanessa Salenave Becker, aluna da sétima fase do Curso de graduação em Odontologia da UFSC, venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Sistema Único de Saúde: a formação de acadêmicos de Odontologia da UFSC, na rede de saúde de atenção básica do município de Florianópolis**”, sob a orientação do prof. Dr. Calvino Reibnitz Júnior.

O estudo tem por objetivo verificar junto aos acadêmicos da nona e décima fases, qual a aderência do campo conceitual do SUS. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo que utilizará a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, modalidade da Teoria das Representações Sociais, através de entrevistas gravadas diretamente com os pesquisados. A participação será voluntária e atenderá às exigências da resolução 196/96/CNS que traz diretrizes e normas para atender os preceitos éticos e científicos para a realização de pesquisa com seres humanos. A realização do estudo será em local próprio desta instituição, agendando-se os horários para cada uma das entrevistas.

O tema em estudo se encontra em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com o projeto político-pedagógico do Curso de Odontologia, onde se estabelece um novo perfil para os cirurgiões-dentistas com uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico.

Espera-se que este estudo propicie um retorno tanto ao Curso como aos seus professores, e em especial aos das disciplinas de Interação Comunitária, de elementos para uma reflexão sobre a relação entre o arcabouço teórico do SUS e a prática dos acadêmicos nos estágios na rede de saúde de atenção básica do município de Florianópolis.

Contando com a vossa atenção e concordância a esta pesquisa, coloco-me à disposição para outras informações e esclarecimentos que se fizerem necessários.

Prof. Dr. Calvino Reibnitz Júnior

Graduanda Vanessa Salenave Becker

Pesquisador responsável

Pesquisador principal

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de Análise do Discurso – IAD (1)

Questão norteadora: _____

Sujeitos da pesquisa	ECH	IC
P-1	Xxxx xxxxxxxxxxxx xx xxxxxx xxxxxxxxx.	
P-2	Bbb bb bbbbbbbb bbbbbb bb bbbbbbbbbb.	Kkkkkkkkkkkkkkkk kk kkkkkkkk
P-7	Ssssssss ssssssss ss sssssss ssssssss.	
P-10	Rttttt ttittttt tt tt ttittttt ttittttttt.	

Fonte: Reibnitz Júnior, C. **A saúde bucal no paradigma da promoção da saúde: o campo conceitual de alunos dos cursos de Odontologia de Santa Catarina.** Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

ANEXO 2

Instrumento de Análise do Discurso – IAD (2)

Questão norteadora: _____

IC	ECH	DSC
<p>Kk kkkkkkkkk kkkk kk kkkkkkkk</p>	<p>Xxxx xxxxxxxxxx xx xxxxxx xxxxxxx. Bbb bb bbbbbb bbbbbb bb bbbbbbbbbb. Ssssss ss ssssssss ss sssssss sssssss. Rrrrrrr rrrrrrrr rr rrr rrrrrrrr rrrrrrrrrr</p>	<p>(P-1, P-2, P-7, P-10)</p> <p>Ssssssss ssssssss ss ssssssss ssssssss. Rrrrrrr rrrrrrrr rr rrr rrrrrrrrr rrrrrrrrrrr. Bbb bb bbbbbb bbbbbb bb bbbbbb bbb. Xxxx xxxxxxxxxxx xx xxxxxx xxxxxxx.</p>

Fonte: Reibnitz Júnior, C. **A saúde bucal no paradigma da promoção da saúde:** o campo conceitual de alunos dos cursos de Odontologia de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

ANEXO 3

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2299

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2299

FR: 469745

TÍTULO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UFSC, NA REDE DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA, DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

AUTOR: Calvino Reibnitz Junior, Calvino Reibnitz Junior, Vanessa Salenave Becker


Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Perleto de Sousa

FLORIANÓPOLIS, 31 de Outubro de 2011.

